

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marie WEBER

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2021

**EVALUATION DES CONNAISSANCES DE LA POPULATION DE MEDECINE
GENERALE AU SUJET DE LA GRIPPE SAISONNIERE ET SES TECHNIQUES DE
PREVENTION**

Président : Monsieur le Professeur RAT Cédric

Directeur de thèse : Madame le Dr DESBUARDS Claire

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marie WEBER

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2021

**EVALUATION DES CONNAISSANCES DE LA POPULATION DE MEDECINE
GENERALE AU SUJET DE LA GRIPPE SAISONNIERE ET SES TECHNIQUES DE
PREVENTION**

Président : Monsieur le Professeur RAT Cédric

Directeur de thèse : Madame le Dr DESBUARDS Claire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier

Monsieur le Professeur Cédric RAT

Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Merci pour tous les enseignements que tu m'as transmis en stage et cette vision passionnée de la médecine générale que tu m'as apportée.

Monsieur le Docteur David BOUTOILLE

Pour me faire l'honneur d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de l'enrichir de votre expertise. Soyez assurés de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Cyril COUILLARD

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury.
Merci pour les enseignements au cours de toutes ces journées aux urgences, ta confiance et l'attachement à l'hôpital de Fontenay que tu m'as transmis.

Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN

Pour me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail. Les séminaires que vous avez réalisés ont permis d'enrichir ma formation. Soyez assurés de mes sincères remerciements.

Et enfin je tiens également à remercier

Madame le Docteur Claire DESBUARDS

Pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de m'avoir accompagnée et de t'être investie avec autant de motivation et d'enthousiasme, tout au long de ce travail.

Mesdames Isabelle Charrier et Patricia Charretier, secrétaires à l'accueil des urgences de Fontenay le Comte, pour leur aide dans la réalisation de mon étude.

Je tiens aussi à transmettre mille remerciements à

Mes merveilleux co-internes : Angèle, Ariane, Astrid, Erwan, Hugo, Louis, Marie, Nina, Sarah, et Thomas.

Merci d'avoir soutenu, accompagné et égayé toutes les galères de l'internat, les gardes, les GEP, les moments de doute... mais bien sûr aussi tous les moments de joie, de découverte de la vie nantaise ou de la Vendée... Bref merci pour ces trois années ensemble. J'espère que cette amitié durera et que vous ne serez pas effrayés par les kilomètres pour revenir jusqu'à Fontenay.

Camille, Dorian et Pierre

Merci pour ces 10 ans d'amitié et toutes celles encore à venir. Vous avez été un soutien infailible pour venir à bout de ces longues études mais aussi pour tous les petits et grands évènements de ma vie.

Et un merci particulier à Camille pour tes relectures attentives de cette thèse.

Mes grandes sœurs Stéphanie, Sophie, Émilie et Julie.

Merci de vous être occupées de moi, de m'avoir encouragée pendant tout ce temps depuis la décoration de mon studio pour Noël pendant les révisions du concours P1 jusque dans la relecture de cette thèse.

Mes parents

Merci de m'avoir toujours encouragé à faire mes propres choix et soutenus ensuite dans ceux-ci. Ce n'était pas de tout repos, mais on en voit enfin le bout et j'espère vous rendre fiers.

Enfin Nicolas, mon mari

Merci pour ton soutien inébranlable de chaque instant et ta patience infinie (mise à rude épreuve pendant ce travail de thèse). Merci de me faire me dépasser et croire en moi. J'ai hâte de poursuivre cette folle aventure à tes côtés.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
I. La grippe saisonnière	8
A. Épidémiologie.....	8
B. Agent pathogène.....	10
C. Mode de transmission.....	11
D. Formes cliniques.....	12
E. Diagnostic de grippe.....	14
F. Système de surveillance.....	16
II. Les moyens de lutte contre la grippe	18
A. Traitement médicamenteux.....	18
B. Vaccination.....	21
C. Traitement prophylactique.....	24
D. Mesures de précaution physique.....	25
III. Caractéristiques de la population et démographie médicale en Vendée	26
A. Caractéristiques de la population en 2020.....	27
B. Démographie médicale.....	27
IV. Questionnement et objectif	28
MATERIEL ET METHODE	29
I. Type d'étude	29
II. Période de recueil	29
III. Objectif de l'étude	29
IV. Description de la population étudiée	30
A. Critère d'inclusion.....	30
B. Critère d'exclusion.....	30
V. Description du questionnaire	31
A. Les données sociales :.....	31
B. Les connaissances scientifiques de la grippe.....	31
C. La prévention.....	32
D. Les sources d'information du patient.....	32
VI. Déroulement du recueil de données	33
A. Préalablement à l'étude.....	33
B. Au cours du recueil.....	33
VII. Analyse de données	34
RESULTATS	35
I. Données sociales	36
A. Répartition des âges.....	36
B. Répartition par sexe de la population.....	36
C. Déclaration d'un médecin traitant.....	37
D. Antécédents.....	37
E. Patients présentant une indication au vaccin parmi notre population.....	38
F. Statut vaccinal antigrippal pour l'année en cours.....	38
G. Évaluation de la connaissance de l'indication du vaccin par le patient.....	39
H. Évaluation des freins à la vaccination antigrippale.....	40
II. Évaluation de la connaissance de la grippe dans la population	41
A. Connaissance des symptômes de la grippe.....	41
B. Évaluation de la fréquence de la grippe selon les patients.....	42
C. Évaluation de la gravité de la grippe selon les patients.....	42

D.	Évaluation de la connaissance du mode de transmission de la grippe.....	43
E.	Évaluation de la connaissance de l'indication d'un traitement antibiotique contre l'infection grippale	44
F.	Comparaison des connaissances des patients en sous-groupe de population	45
III.	Évaluation des représentations au sujet du vaccin contre la grippe	46
A.	Indication du vaccin au cours de la grossesse.....	46
B.	Responsabilité du vaccin dans l'infection grippale.....	46
C.	Évaluation de la connaissance de la protection conférée par la vaccination annuelle contre la grippe	47
D.	Score de bonne réponse des 3 questions sur le vaccin.....	47
E.	Comparaison des connaissances des patients en sous-groupe de population	48
F.	Comparaison entre les représentations au sujet du vaccin et le statut vaccinal de la population à risque.....	48
G.	Comparaison entre les représentations au sujet de la maladie et le statut vaccinal de la population à risque.....	Erreur ! Signet non défini.
IV.	Évaluation de la connaissance des gestes barrières.....	50
A.	Connaissance de la notion de gestes barrières	50
B.	Connaissance des différents types de gestes barrières	50
C.	Évaluation de l'application des gestes barrières	51
D.	Comparaison des connaissances des patients au sujet des gestes barrières en fonction du type de population.....	52
V.	Identification des sources d'informations des patients au sujet de la grippe	53
A.	Sources d'information des patients	53
B.	Sentiment d'information reçue et suggestions des patients.....	54
VI.	Évaluation de l'impact du médecin traitant.....	55
DISCUSSION	58	
I.	Qualité de l'étude	58
A.	Limites de l'étude	58
B.	Force de l'étude	60
II.	Présentation du résultat principal et des objectifs secondaires	62
A.	Connaissances de la grippe et des mesures barrières	62
B.	Objectifs secondaires	65
III.	Actualité.....	68
IV.	Perspectives d'amélioration	69
CONCLUSION	70	
BIBLIOGRAPHIE.....	71	
ANNEXES	81	
TABLE DES TABLEAUX	89	
TABLE DES FIGURES	90	

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile en France
CICBAA	Cercle d'investigation clinique et biologique en allergie alimentaire
COREB	Coordination Opérationnelle Risque Epidémique et Biologique
COVID 19	Coronavirus disease 2019
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INA	Inhibiteur de la Neuraminidase
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SAU	Service d'accueil des urgences
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aigüe
SPILF	Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française
TROD	Test Rapide d'orientation diagnostique

INTRODUCTION

I. La grippe saisonnière

A. Épidémiologie

a) En France

La grippe est une infection respiratoire aiguë qui évolue en France par épidémies saisonnières pouvant s'étendre de novembre à avril, avec une durée moyenne de 10 semaines.

Elle représente un problème majeur de santé publique puisque chaque année, elle touche environ 2,5 millions de personnes, entre 1,6 et 5,5 millions de personnes consultent en ville pour syndrome grippal, et en moyenne 9000 décès sont attribués à la grippe saisonnière. La grippe est responsable d'une surmortalité de 5 à 10% de la mortalité globale durant la période épidémique, par décès direct ou indirect (décompensation de comorbidité par exemple). La très grande majorité de ces décès, de 80 à 90%, concerne les personnes âgées de plus de 65 ans. (1)

Un autre point important est celui du coût social de la grippe. Il est difficile à chiffrer et regroupe à la fois les consultations, les médicaments prescrits, l'absentéisme et le versement d'indemnités journalières liées aux arrêts de travail. La durée d'arrêt de travail moyenne en cas de grippe est de 5 jours (référence de durée fixée par l'HAS : 7 jours (2)), soit une estimation de 2 millions de journées de travail en moyenne par saison de grippe (jusqu'à 12 millions en cas d'épidémie intense).

Au total, selon l'intensité de l'épidémie, le coût de la grippe en ville est estimé entre 230 et 840 millions d'euros. (3)

Récemment, la saison 2014-2015 s'est caractérisée par une surmortalité très élevée (18300 décès toutes causes confondues) et des tensions hospitalières marquées. (4)

L'épidémie de grippe 2018-2019 n'a duré que 8 semaines (de janvier à fin février) et a eu un faible impact en ambulatoire avec 1,8 millions de consultations en médecine de ville. Elle a en revanche été plus sévère en hospitalier avec 65 622 passages au SAU, 10 723 hospitalisations, 1 877 réanimations et 8 100 décès (dont 289 en réanimation). 62% des patients hospitalisés étaient âgés de 65 ans ou plus et 80% des cas graves présentaient au moins un facteur de risque décrit comme étant une indication au vaccin antigrippal (**Annexe 1**). (5)

On remarque en parallèle que la couverture vaccinale n'a été que de 46,8% chez les personnes à risque (alors que l'objectif de l'OMS est un taux d'au moins 75%). La couverture est particulièrement mauvaise chez les personnes à risque de moins de 65 ans : seulement 7,4 % des femmes enceintes et 29,7% des personnes en ALD de moins de 65 ans se sont fait vacciner. (6)

b) Dans le monde

Dans le monde, l'OMS estime entre 3 et 5 millions le nombre annuel de cas de grippe grave. La grippe saisonnière tuerait chaque année entre 290 000 et 650 000 personnes, cette grande variabilité étant liée aux conditions socio-sanitaires des populations et aux différentes souches virales en circulation. (7)

B. Agent pathogène

a) Structure du virus

La grippe est due à un virus de la famille des orthomyxoviridae : Myxovirus Influenza. Ce virus à ARN enveloppé possède une très grande variabilité génétique qui lui permet un échange de matériel entre les souches. De plus, il n'entraîne pas une immunité durable dans le temps. (8)

Il existe 3 types de virus grippaux chez l'homme : A, B et C. Ces virus circulent dans toutes les régions du monde. Les virus grippaux A et B sont responsables des épidémies saisonnières et seuls les virus de type A ont été actuellement décrits lors des pandémies. Le virus de la grippe C n'est que rarement détecté et provoque des infections bénignes. (7)

Le virus de type A est ensuite divisé en sous types selon les combinaisons de glycoprotéines qu'il porte en surface : l'hémagglutinine (H1 à 18) et la neuraminidase (N1 à 11). Chez l'homme, seuls les virus influenza portant à leur surface les espèces moléculaires H1, H2, H3 (et ponctuellement H5, H9) et les neuraminidases N1, N2, ont été détectés lors des épidémies.

Les sous-types A(H1N1) et A(H3N2) sont les deux sous-types actuellement en circulation et responsables des épidémies saisonnières de grippe.

Dorénavant on parle de A(H1N1)pdm09 car c'est le virus responsable de la pandémie de 2009 et il a remplacé le virus de la grippe saisonnière A(H1N1) qui avait circulé avant 2009. Une capacité du virus A(H1N1)pdm09 à causer des formes sévères (particulièrement chez les personnes de moins de 65 ans) a été observée. De son côté le virus A(H3N2) se caractérise par sa sévérité chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les virus de la grippe B sont classés en lignées : Yamagata et Victoria sont actuellement en circulation. La souche B. Victoria a été retrouvée dans 70% des prélèvements respiratoires de grippe communautaire lors de la saison 2015-2016 en France. (9)

b) Évolution du virus

Le virus de la grippe présente des variations antigéniques constantes s'effectuant selon deux mécanismes : le glissement ou la cassure antigéniques.

- Le glissement antigénique :

Ce mécanisme est lié à des modifications dues à l'accumulation progressive de mutations à chaque cycle de réplication du virus. Elles sont fréquentes, mineures et ont pour conséquences : une immunité partielle conservée et la nécessité de l'adaptation annuelle des vaccins antigrippaux. C'est ce mécanisme qui est observé lors des épidémies saisonnières annuelles.

- La cassure antigénique :

Elle est due à des échanges de gènes entiers entre des virus de types différents. Ces réassortiments génétiques sont majeurs mais plus rares et ne concernent que les virus de type A. Cette cassure conduit à l'apparition d'un virus pour lequel la population n'est pas protégée et peut donc être responsable d'une pandémie. (9)

C. Mode de transmission

La grippe se transmet entre êtres humains par voie respiratoire par l'intermédiaire des gouttelettes de Flugge. Ces microgouttelettes sont contenues dans les sécrétions de la personne infectée et vont être dispersées dans l'air lorsque la personne malade tousse, éternue ou parle. Du fait de leur taille ($> 5\mu\text{m}$), les gouttelettes ne restent pas en suspension dans l'air et tombent rapidement dans un périmètre d'environ un à deux mètres autour de la personne malade.

La transmission se fait de manière directe si ces particules entrent en contact avec les muqueuses respiratoires ou la conjonctive d'une autre personne et sous-entend donc un contact étroit.

La transmission peut également être indirecte par manuportage. Les mains contaminées, directement par les projections ou par l'intermédiaire de surfaces souillées, sont un véhicule direct du virus vers les muqueuses respiratoires. Selon les surfaces, les conditions de climat et d'humidité, le virus pourrait survivre jusqu'à 24 heures sur les surfaces dures et poreuses, 8 à 12 heures sur les tissus et le papier, et 5 minutes sur les mains après transfert depuis l'une de ces surfaces. (10) (11)

La période d'incubation est courte, en moyenne 48 heures, mais varie de 1 à 4 jours. Une personne infectée est contagieuse 24 heures avant le début des symptômes et jusqu'à 5 jours après (10 jours pour l'enfant et parfois plusieurs semaines pour les personnes immunodéprimées). (9) La grippe a donc une contagiosité importante et ce d'autant plus en cas de promiscuité ou dans les endroits confinés.

D. Formes cliniques

a) Forme simple

La grippe se manifeste de manière brutale avec une fièvre, souvent supérieure à 39°C, une sensation de malaise et des myalgies, associées à des symptômes respiratoires. Le panel des symptômes généraux est assez varié avec notamment une asthénie marquée, des frissons, une tachycardie, des céphalées généralement vives frontales et rétro-orbitaires, des myalgies et des arthralgies ou encore une anorexie. Les symptômes respiratoires sont initialement ORL avec odynophagie et rhinorrhée, puis une toux généralement sèche et douloureuse avec douleurs basi-thoraciques.

Les formes pauci ou asymptomatiques existent aussi.

A noter donc qu'il n'existe pas de définition clinique consensuelle de la grippe, mais plutôt une association de symptômes qui définissent le « syndrome grippal » et sa survenue en période d'épidémie. (12)

La fièvre dure de trois à quatre jours, et l'infection s'estompe généralement en une semaine. Mais la toux et l'asthénie peuvent persister plusieurs semaines. La majorité des malades guérit spontanément, avec l'aide de traitements symptomatiques (repos, hydratation, antipyrétique, désobstruction nasopharyngée). (8)

b) Formes compliquées

Suite à l'infection par le virus de la grippe peuvent survenir des complications. On les observe généralement entre le 5^{ème} et le 7^{ème} jour de début de grippe, souvent marquées par la réapparition de la fièvre après plusieurs jours d'apyrexie.

Elles peuvent être liées à l'extension de l'infection, à une surinfection bactérienne ou encore à la décompensation d'une pathologie sous-jacente ou d'un évènement intercurrent.

Les complications les plus communes sont respiratoires avec en premier lieu les pneumopathies, ou ORL avec otites et sinusites. L'origine de ces complications est une surinfection virale ou bactérienne (Haemophilus, pneumocoque ou encore staphylocoque). Il existe également des pneumopathies grippales.

Plus rarement les complications sont extra respiratoires avec des méningites, péricardites et myocardites ou encore des infections digestives.

Enfin la grippe peut se compliquer par la décompensation d'une comorbidité sous-jacente. (8)

Toutes ces complications peuvent conduire à une forme de grippe grave qui va nécessiter une hospitalisation en service de médecine classique ou de réanimation, et parfois entraîner le décès. On retrouve préférentiellement ces complications chez des personnes à risque, qui correspondent aux personnes cibles de la vaccination antigrippale. **(Annexe 1)**

La grippe maligne est une complication de survenue exceptionnelle mais avec un risque de décès important. Elle correspond à un tableau de pneumopathie alvéolointersitielle hypoxémiant évoluant rapidement vers un SDRA. A la différence des autres complications, celle-ci apparaît très rapidement et d'un seul tenant dans l'évolution de la maladie. Cette forme a surtout été décrite en cas de pandémie avec émergence d'une nouvelle souche virale, comme lors de la pandémie AH1N1 et peut toucher le sujet jeune sans comorbidité. (13)

c) Grippe de l'enfant

La grippe chez l'enfant a une présentation clinique variée, en particulier chez le jeune enfant (< 5 ans), rendant son diagnostic plus difficile. Le plus souvent des signes non respiratoires sont présents à la phase initiale : fièvre isolée, somnolence, symptômes digestifs. Après 5 ans les symptômes se rapprochent de ceux de l'adulte.

Les formes asymptomatiques sont également très fréquentes mais l'enfant a tout de même une excrétion virale et joue donc un rôle important dans la transmission de l'infection.

Les complications les plus fréquentes sont l'otite moyenne aiguë et les convulsions liées aux poussées fébriles. Elles surviennent plus fréquemment et sont plus sévères chez les enfants porteurs de facteurs de risque. Le risque est particulièrement important chez le nourrisson de moins de 6 mois, avec un risque de décès. (14)

E. Diagnostic de grippe

a) Diagnostic clinique

La majorité des gripes sont diagnostiquées cliniquement en ambulatoire. Le problème principal étant que peu de symptômes sont réellement pathognomoniques de l'infection par le virus de la grippe. D'autres virus (rhinovirus, adénovirus ou coronavirus par exemple) circulant en période hivernale peuvent également être responsables d'un « syndrome grippal ». Le diagnostic clinique est alors étayé par des données épidémiologiques (période épidémique, contagieux suspecté ou avéré...).

Plusieurs études ont évalué la valeur de ce diagnostic clinique en utilisant comme facteur prédictif de grippe l'association toux et fièvre et en le comparant ensuite aux données de grippe confirmée biologiquement. Elles concluent à une Valeur Prédictive Positive de l'association toux et fièvre en période de circulation grippale de 79 % à 86,8%. (15) (16) Plus récemment une étude rétrospective a étudié la valeur d'un score associant fièvre, toux et myalgies et permettait ainsi d'identifier la grippe avec une sensibilité jusqu'à 92%. (17)

L'OMS a proposé une définition, revue en 2018, afin d'harmoniser la surveillance et la détection de cas à travers le monde : apparition aiguë d'une maladie respiratoire associant fièvre ≥ 38 °C et toux. (18) En France le groupe SPILF – COREB propose également une définition pour dépister les patients suspects de grippe basée sur l'association toux et fièvre dès lors qu'elle survient en période épidémique, la présence d'autres symptômes du syndrome grippal tels que les myalgies ou l'asthénie étant des arguments supplémentaires. (12) Le réseau Sentinelles qui effectue notamment la surveillance ambulatoire de la grippe utilise la définition suivante : association d'une fièvre d'apparition brutale supérieure à 39°C, de myalgies et de signes respiratoires. (19)

Chez un patient sans facteur de risque ni signe de gravité consultant en médecine ambulatoire, on se contentera de cette définition clinique et un test virologique ne sera donc pas réalisé à titre systématique.

b) Diagnostic biologique

Dans de nombreux cas la confirmation virologique est nécessaire : lors d'une hospitalisation ou dans les EHPAD par exemple. Elle permettra de mettre en place les mesures de protection nécessaires pour éviter la propagation du virus et d'adapter la prise en charge thérapeutique. Les tests biologiques ont également un intérêt pour confirmer le diagnostic dans les formes graves ou extra respiratoires.

Pour établir ce diagnostic virologique plusieurs tests de laboratoires ont été développés. Ils se font à partir de prélèvements de sécrétions du pharynx ou du nasopharynx. Le Gold standard actuel est la RT-PCR qui permet à la fois une sensibilité élevée, une identification du sous type viral et un résultat rapide en quelques heures. De plus actuellement des PCR Multiplex ont été développées, permettant d'identifier à la fois la grippe et d'autres virus. (9)

Il existe également des tests de dépistage rapides, aussi appelés TROD (Test rapide d'orientation diagnostique). Ces TROD sont des tests immunologiques utilisant la technique de l'immuno-chromatographie (technique identique à celle des TDR utilisés pour détecter le streptocoque A dans les angines).

Ses principaux avantages sont la possibilité de réaliser le test directement au lit du malade et d'obtenir des résultats en moins de 30 min avec une spécificité élevée. Néanmoins ils ont une sensibilité bien inférieure à celle de la PCR. La sensibilité du test est notamment dépendante de sa bonne réalisation, du délai entre réalisation du test et apparition des symptômes (optimal si dans les 48 heures), du type viral et du patient (sensibilité plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte).

Leur utilisation est uniquement recommandée pour dépister la survenue d'épidémies en collectivités de personnes fragiles (EHPAD, FAM, MAS ...) en période épidémique de grippe pour mettre en place rapidement des mesures de prophylaxie et limiter l'extension de l'épidémie. (20)

Enfin la culture cellulaire existe également mais n'a que peu d'indication en clinique. Elle est réservée à des laboratoires spécialisés et ne donne des résultats qu'après 4 à 6 jours d'observation. Elle est plutôt utilisée dans la surveillance de l'évolution du virus et est donc indispensable aux recommandations de composition du vaccin. (21)

F. Système de surveillance

La grippe bénéficie d'un système de surveillance en France qui collecte des informations cliniques, épidémiologiques, virologiques et biologiques.

Cette surveillance s'effectue via l'intermédiaire de plusieurs organismes :

- les Centres Nationaux de Référence (CNR) des virus influenza.

Les CNR de la grippe sont composés de l'institut Pasteur et du laboratoire virologique du CHU de Lyon. Ils assurent la surveillance virologique de la grippe, c'est-à-dire les variations du virus ou de l'apparition de nouvelles souches. Cette surveillance permet entre autres d'adapter au mieux les vaccins pour les épidémies à venir. (9)

- le Réseau National des Laboratoires (RENAL).

Il regroupe la plupart des laboratoires des différents CHU et CHR, collecte les données virologiques et sérologiques d'infections respiratoires des patients hospitalisés et travaille en collaboration avec les CNR. (22)

- le Réseau Sentinelles qui surveille la grippe en médecine de ville.

Ce réseau est composé de médecins généralistes et pédiatres répartis sur l'ensemble du territoire qui recueillent des informations cliniques et virologiques au sein de la population générale. Au 1er janvier 2018, le réseau Sentinelles était composé de 1 314 médecins généralistes libéraux et de 116 pédiatres libéraux. (23)

- Le réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences).

Il communique le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour diagnostic de grippe. (24)

En centralisant ces informations, Santé publique France publie chaque semaine un bulletin épidémiologique pendant la période d'épidémie en France. L'objectif de cette surveillance est l'analyse et le suivi des souches grippales circulantes, la description de son impact sur les populations et le système de soin, l'évaluation des stratégies de prévention et de contrôle de la maladie (comme la couverture vaccinale). Cette analyse a pour but de mieux gérer les épidémies et limiter le risque sanitaire.

De plus cette surveillance s'intègre à plus grande échelle au sein d'un réseau de surveillance européen de la grippe (European Influenza Surveillance Scheme, EISS) qui favorise l'échange d'informations collectées par les différents systèmes nationaux de surveillance de l'activité grippale.

Depuis 2012, il existe également une surveillance de la grippe directement auprès de la population générale : grippenet.fr. (25) Environ 5000 personnes volontaires déclarent de manière hebdomadaire leurs symptômes pendant toute la durée d'épidémie de grippe en France. Ce système permettrait donc d'élargir la surveillance aux personnes ne consultant pas. Une étude réalisée sur les saisons 2012/2013 et 2013/2014 a montré que l'incidence de la maladie estimée par grippenet.fr était similaire à celle des surveillances institutionnelles avec même une anticipation du pic épidémique. (26)

II. Les moyens de lutte contre la grippe

A. Traitement médicamenteux

a) Molécules

Deux classes d'antiviraux existent dans le cadre du traitement médicamenteux de la grippe saisonnière : les inhibiteurs de la neuraminidase (INA) et les inhibiteurs de protéine M2.

Les inhibiteurs de protéine M2, parmi lesquels on retrouve l'Amantadine (Mantadix®), sont dirigés uniquement contre les souches A et sont responsables de l'apparition rapide de mutants. Actuellement, l'ensemble des virus grippaux saisonniers en circulation sont résistants aux inhibiteurs de M2. Ils sont par ailleurs associés à la survenue d'effets indésirables fréquents (vertiges, insomnie, nervosité). Leur utilisation n'est donc plus recommandée. (27)

Le traitement actuel repose sur les INA : l'Oseltamivir est la molécule la plus utilisée en France. Il se prescrit par voie orale et est actif sur les virus de type A et B, avec une AMM dès l'âge de 1 an. Sa tolérance est plutôt bonne avec des effets secondaires modérés à type de nausées ou de vomissements.

b) Indications du traitement médicamenteux

Le HCSP recommande l'utilisation d'un traitement médicamenteux selon 3 stratégies de traitement et en utilisant de l'Oseltamivir (28) : curatif, préemptif et prophylactique post exposition.

1. Le traitement curatif

Le traitement curatif est indiqué pour les personnes symptomatiques dans les situations suivantes :

- chez le patient à risque de complication (Annexe 1)
- en cas de grippe grave d'emblée ou lors de l'aggravation de l'état clinique même au-delà de 48 heures après le début des symptômes
- en cas d'hospitalisation pour grippe quel que soit le terrain du patient.

Le traitement est recommandé quel que soit le statut vaccinal. La posologie est de 75mg 2x/jour pendant 5 jours.

2. Le traitement préemptif

Le traitement préemptif concerne les patients à très haut risque de complications grippales ayant eu un contact étroit avec une personne infectée par la grippe.

Les personnes à très haut risque de complication sont celles présentant des comorbidités graves et/ou instables. Le contact étroit est défini par un contact direct face à face à moins d'un mètre lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion.

Il concerne également toute personne partageant le lieu de vie du cas index.

Ce traitement est administré à la même posologie que pour le traitement curatif.

3. Le traitement prophylactique en post exposition

Le traitement prophylactique est indiqué chez les personnes à risque de complications après contact étroit datant de moins de 48 heures avec un cas de grippe.

La posologie dans ce cas est de 75mg/jour pendant dix jours.

Les indications des traitements antiviraux sont très ciblées aussi bien en traitement curatif qu'en post-exposition. Le patient symptomatique ne présentant pas de facteur de gravité et n'appartenant pas à un groupe à risque, consultant en ambulatoire, n'a pas d'indication à recevoir un traitement antiviral. Le traitement symptomatique (repos, hydratation, antipyrétique) et les précautions physiques seront alors préconisés.

c) Discussion de l'efficacité du traitement antiviral

L'Oseltamivir est la principale molécule utilisée en France. Son efficacité serait notamment dépendante du délai entre son administration et le début des symptômes (d'autant plus efficace qu'administrée tôt et au maximum dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes). (29) Son efficacité thérapeutique, et celle des INA de manière générale, reste toutefois débattue.

Une revue Cochrane publiée en 2014 (30) a étudié 20 essais cliniques randomisés dans lesquels l'Oseltamivir était comparé à un placebo pour le traitement de la grippe saisonnière chez les adultes. Elle conclut que l'Oseltamivir réduit la durée des symptômes de seulement 16,8 heures et qu'il n'y a pas de réduction significative des complications (pas de réduction du nombre d'hospitalisations et diminution de 1% du nombre de pneumonies). Cette revue de la littérature souligne également les effets indésirables de l'Oseltamivir à prendre en compte.

En 2017, une revue systématique de la littérature (31) a à nouveau étudié l'efficacité et la tolérance des INA dans la population générale. Elle confirme une efficacité modérée sur la durée de réduction des symptômes de 0,5 à 1 jour mais retrouve une efficacité pour réduire la mortalité des personnes hospitalisées. Les données sur la réduction des hospitalisations et des complications n'étaient pas interprétables. En revanche une efficacité serait retrouvée concernant la diminution du taux de transmission de la grippe lors de l'utilisation en prophylaxie.

En pratique le traitement antiviral reste très peu prescrit par les médecins de ville. Une étude observationnelle française publiée en 2015 a mis en évidence que la prescription d'INA parmi les patients présentant un syndrome grippal avec facteur de risque de complications entre 2009 et 2013 était estimée à 33,4%. (32) Cette insuffisance de prescription est en partie expliquée par la remise en question de l'efficacité du traitement. (33)

B. Vaccination

Le vaccin est le seul moyen médicamenteux de prévention. La stratégie vaccinale a pour objectif d'éviter les formes graves, donc de limiter les hospitalisations et les décès.

a) Principes généraux

La vaccination antigrippale doit être renouvelée chaque année, est efficace à partir de 2 à 3 semaines après l'injection, et confère une protection d'environ 6 mois.

Il existe différents types de vaccins contre la grippe. Les vaccins inactivés sans adjuvants sont le plus couramment utilisés et ces vaccins sont préparés à partir de virus cultivés sur œufs de poule embryonnés.

A partir des informations épidémiologiques récoltées par le système mondial de surveillance et de riposte à la grippe de l'OMS, la composition du vaccin est revue chaque année et publiée en février pour l'hémisphère Nord et en septembre pour l'hémisphère Sud. Depuis 2013, l'OMS recommande un vaccin tétravalent avec deux valences de virus A et deux valences de virus B. Ces vaccins tétravalents sont disponibles en France depuis la saison 2018-2019.

En prévision de l'épidémie grippale 2019-2020 dans l'hémisphère Nord, la composition recommandée pour les vaccins tétravalents est :

- un virus de type A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09
- un virus de type A/Kansas/14/2017 (H3N2)
- un virus de type B/Colorado/06/2017 (lignée B/Victoria)
- un virus de type B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata).

Pour le vaccin trivalent, il est recommandé que le vaccin contienne un virus de type B/Colorado/06/2017 et il ne contient donc pas la souche B/Phuket (9)

En France, les vaccins commercialisés pour la saison grippale 2019-2020 sont Influvac, Vaxigrip tetra, Fluarixtetra, tous autorisés chez le nourrisson dès l'âge de 6 mois, et Influvac tetra est lui autorisé à partir de 3 ans.

En cas de primovaccination chez l'enfant de moins de 9 ans, deux doses de vaccin à un mois d'intervalle seront nécessaires, avec des demi-doses chez l'enfant de 6 mois à 35 mois. (34)

Comme pour tout vaccin, des effets secondaires sont possibles et durent généralement moins de 48h : réaction locale au point d'injection (douleur, érythème, induration), réaction générale (fièvre, myalgie, céphalées). Chez l'enfant de moins de 2 ans, les effets secondaires sont plus fréquents mais restent généralement bénins.

La seule contre-indication formelle des vaccins inactivés est l'allergie de type anaphylactique à l'œuf. Selon les données du CICBAA (Cercle d'investigation clinique et biologique en allergie alimentaire), la prévalence de l'allergie à l'œuf est estimée à 0,2 % dans la population générale adulte et à 3,5 % chez les enfants âgés de moins de 3 ans. L'allergie de type anaphylactique est estimée à 0,0026 % de la population générale adulte, avec un risque d'accident anaphylactique quasi nul lorsque la concentration de protéines de l'œuf est <1,3 microg/ml, ce qui est toujours le cas dans les vaccins actuels. (35)

Afin de surseoir à cette problématique allergique, un nouveau vaccin a été développé à partir de cellules épithéliales de mammifère : FLUCELVAX TETRA. Ce vaccin permet également de surseoir à l'allergie aux aminosides. Bien qu'il ait obtenu une AMM européenne, il n'est pas encore disponible en France. (36)

b) Population ciblée et couverture vaccinale

Le vaccin est recommandé pour toutes les personnes dites à risque de complication, c'est-à-dire toute personne de 65 ans ou plus, les personnes présentant une maladie chronique quel que soit leur âge, les femmes enceintes à tout stade de la grossesse, les personnes obèses mais aussi pour l'entourage des personnes à risque et les professionnels de santé. (37) La liste exhaustive des indications du vaccin est présentée en **Annexe 1**.

La population dite à risque reçoit un bon de prise en charge de la Sécurité sociale à son domicile, lui permettant de retirer directement le vaccin en officine sans avance des frais et choisit ensuite le professionnel de son choix pour réaliser le vaccin. Depuis 2018 le parcours de soins est simplifié pour les patients de plus de 18 ans chez qui la vaccination est recommandée, car les infirmiers et les pharmaciens sont également autorisés à réaliser directement la vaccination antigrippale sans prescription préalable du médecin. (38)(39)

Certaines personnes chez qui le vaccin est recommandé ne reçoivent cependant pas le bon de prescription de la Sécurité Sociale. C'est le cas des femmes enceintes, des patients obèses, de l'entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois ou des personnes immunodéprimées. Pour ces patients la prescription médicale est nécessaire par le médecin traitant ou une sage-femme. Le médecin traitant a donc un rôle fondamental dans l'identification et la vaccination de ces personnes.

L'objectif de l'OMS est d'atteindre une couverture vaccinale de 75% dans les populations à risque. On note une diminution de cette couverture depuis 2009 et l'épisode de grippe pandémique A(H1N1). Chez les patients de plus de 65 ans, elle était de 63,9 % en 2009-2010 contre 51,0% en 2018-2019. Chez les personnes à risque de moins de 65 ans, la couverture vaccinale est passée de 47,2% en 2009-2010 à 29,7% en 2018-2019. (6)

c) Efficacité du vaccin

L'efficacité du vaccin est notamment dépendante de la concordance entre la composition du vaccin et les virus réellement en circulation, ainsi que de la virulence de la souche en circulation.

Le système immunitaire du patient rentre également en ligne de compte : l'immunosénescence liée à l'âge diminue la réponse de l'organisme aux vaccins. (40) Ce manque d'efficacité potentielle chez la personne âgée est particulièrement problématique puisque c'est la population la plus à risque de complications en lien avec la grippe. L'efficacité du vaccin grippal à éviter les décès attribuables à la grippe chez les plus de 65 ans a été estimée à 35%. (41)

Pour tenter de pallier ce problème, un nouveau type de vaccin « haute dose » a été développé. Aux États-Unis le vaccin haute dose FLUZONE est autorisé depuis 2013 et plusieurs études ont comparé son efficacité à celle des vaccins standards. Une méta-analyse publiée en 2018 conclut que le vaccin FLUZONE Haute dose offre une meilleure protection contre les syndromes grippaux diagnostiqués biologiquement, les conclusions concernant la réduction des complications et de la mortalité sont plus mesurées. (42) En France le vaccin haute dose EFLUELDA vient d'obtenir une autorisation dans la vaccination des personnes âgées de 65 ans ou plus. Il contient une concentration de 60 µg des quatre antigènes grippaux, contre 15 µg dans les vaccins antigrippaux tétravalents standards. (43)

De manière globale, l'efficacité du vaccin antigrippal reste difficile à évaluer. L'étude européenne I-MOVE/I-MOVE+ récolte annuellement les données de l'efficacité vaccinale de 9 pays européens dont la France. Pour l'année 2018/2019 l'efficacité globale du vaccin a été estimée entre 32 et 43% tout âge confondu. (44)

C. Traitement prophylactique

Plusieurs traitements homéopathiques sont disponibles sur le marché. On retrouve notamment l'Influenzinum® qui est vendu comme une alternative homéopathique au vaccin contre la grippe, mais dont l'efficacité sur la réduction de survenue de syndromes grippaux n'a pas été prouvée. (45)

L'Oscillococcinum® est utilisé en traitement en cas de syndrome grippal déjà symptomatique. Une revue de la littérature Cochrane a été réalisée à ce sujet et montre que la faible qualité des études réalisées sur ces traitements ne permet pas un niveau de preuve suffisant pour conclure à une quelconque efficacité. (46)

D'autres « traitements naturels » sont également disponibles comme la propolis qui aurait une activité antiinflammatoire et antiseptique. Mais à nouveau le niveau de preuve n'est pas suffisant pour le considérer comme une alternative réelle au vaccin ou aux mesures barrières. (47)

D. Mesures de précaution physique

a) Les gestes barrières

En complément de la vaccination, la prévention comprend des mesures de précaution physique également appelés gestes barrières. Ces mesures permettent à la fois d'éviter d'être infecté soi-même et de transmettre l'infection, en particulier aux personnes à risque de grippe grave. Ces mesures barrières sont des gestes individuels à appliquer en milieu communautaire et en milieu familial dès la présence de signe clinique d'infection. Elles sont à appliquer au quotidien et particulièrement importantes lors de la circulation épidémique du virus. Ce sont des gestes peu coûteux, faciles à mettre en œuvre et accessibles à tous. Ils ont donc une place réelle dans la prévention des épidémies grippales.

Plusieurs études se sont intéressées à l'intérêt et l'efficacité des mesures barrières. Cette revue de la littérature Cochrane (48) confirme l'efficacité du lavage des mains et du port du masque pour arrêter ou réduire la transmission de la grippe et des virus hivernaux, les conclusions ne sont pas prouvées concernant les autres mesures (désinfectant en plus du savon dans le lavage des mains et distanciation sociale notamment). D'autres essais randomisés ne se sont intéressés qu'au port du masque et au lavage des mains et confirment l'efficacité de ces deux mesures tant en période pandémique (grippe A(H1N1)) que lors des épidémies saisonnières. (49)(50)

Dans le détail, les recommandations comprennent :

- Le lavage régulier des mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydro-alcoolique
- Se couvrir la bouche et le nez lors de la toux ou des éternuements (avec un mouchoir ou le coude)
- Utiliser des mouchoirs en papier à usage unique, les jeter, puis se laver les mains
- Auto-isolement de ceux qui ont de la fièvre et/ou d'autres symptômes de grippe
- Éviter les contacts avec les personnes malades et ne pas partager les objets utilisés
- Si on est soi-même malade, éviter les contacts avec les personnes fragiles
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche
- Porter un masque lorsque l'on est malade
- Aérer son logement chaque jour pendant au moins 10 min. (51)

En milieu de soin les gestes et mesures barrières sont également essentiels dans la prise en charge des infections respiratoires aussi bien en cabinet de ville qu'en milieu hospitalier. Aussi, on complétera les précautions standards habituelles, de précautions complémentaires de type « gouttelettes ». Ces mesures comprennent notamment l'hygiène des mains, l'isolement des patients malades en chambre individuelle avec limitation des visites et port du masque chirurgical pour toute personne (soignant ou visiteur) entrant dans la chambre. Elles doivent être mises en place devant toute suspicion de grippe et quel que soit le statut vaccinal du soignant et du patient. (52)

b) Les campagnes de prévention

Chaque année depuis 2006, des campagnes d'informations nationales sont diffusées dans les établissements médicaux, médico-sociaux et d'enseignement mais aussi plus largement dans les médias (spots publicitaires (53)(54) ou affiches (Figure 1)) afin d'informer la population sur la grippe, ses complications et l'intérêt des mesures de prévention (mesures barrières et vaccin).



Figure 1. Affiche sur les mesures barrières destinées au grand public

Pour la saison grippale 2019-2020, la campagne a débuté le 15 octobre 2019 avec pour slogan « Cette année encore, la grippe va faire très mal ! » et « Contre la grippe, la meilleure des protections, c'est la vaccination ! ». Elle a pour objectif d'interpeler la population sur la pénibilité de la grippe et la sévérité de ses symptômes et souhaite particulièrement cibler les jeunes seniors et femmes enceintes qui sont les personnes à risque les moins vaccinés. (55)

III. Caractéristiques de la population et démographie médicale en Vendée

A. Caractéristiques de la population

La Vendée compte 666 714 habitants, population en légère augmentation depuis 2015. Il y a 147 432 personnes âgées de plus de 65 ans, soit 22% de la population, ce qui est supérieur à la moyenne française. (56) L'arrondissement de Fontenay le Comte recense 124 052 habitants et la ville de Fontenay le Comte seule 13 906 habitants. (57) La population de Fontenay le Comte stagne depuis 6 ans et sa moyenne d'âge augmente avec 28.11 % de personnes âgées de 60 ans et plus.

B. Démographie médicale

La Vendée compte 525 médecins généralistes libéraux ou mixtes, avec un effectif en diminution depuis 2010. (58) Le département de la Vendée fait partie des zones dépeuplées en médecins généralistes ambulatoires : 0.62 médecins pour 1 000 habitants en Vendée contre 1.52 pour 1 000 habitants en France. L'arrondissement de Fontenay le Comte est particulièrement touché par cette désertification médicale où l'on compte 1 médecin pour 1 742 habitants. (59)

Le déficit en médecin s'aggrave avec le départ à la retraite de deux médecins généralistes non remplacés en 2020 et avec une moyenne d'âge des médecins de 58 ans à Fontenay le Comte. De nombreux patients ne trouvent plus de médecin traitant. La situation devient problématique alors que les médecins généralistes sont en première ligne au sujet de la vaccination mais aussi pour l'information et l'éducation en santé des patients.

Dans ce contexte, un SASPAS a été créé au sein des urgences de Fontenay le Comte depuis mai 2017, proposant une solution de consultations aux patients n'ayant pas ou plus de médecin traitant sur ce territoire. Depuis 2017 le nombre de consultations journalières n'a fait qu'augmenter et un second poste d'interne a été créé en novembre 2019. Ainsi des consultations de médecine générale sur rendez-vous sont assurées 5 jours par semaine, à hauteur de 18 consultations par jour, confirmant le besoin d'une offre de soins dans ce secteur.

IV. Questionnement et objectif

La grippe constitue toujours un problème majeur de santé publique du fait de l'instabilité permanente des virus et de son potentiel à provoquer des épidémies meurtrières. Nous avons vu que les outils pour lutter contre la grippe sont limités et que la prévention est essentielle. Celle-ci passe par une bonne information des patients au sujet de ses symptômes, de la vaccination et de l'intérêt des gestes barrières. L'application de ces mesures étant dépendante de l'adhésion des patients à celles-ci, le médecin traitant a un rôle fondamental dans chacune de ces mesures.

Une étude épidémiologique, réalisée en 2010, sur les croyances des français au sujet de la grippe et de son mode de transmission, montrait que la grippe restait mal connue et que cela influait sur l'acceptation de la vaccination. (60) Plus récemment, en septembre 2018, l'Assurance Maladie a à nouveau évalué les connaissances de la population générale et ses visions du vaccin. Cette étude confirme le rôle du médecin généraliste dans l'information des patients au sujet de la grippe mais il n'y est malheureusement pas fait mention des gestes barrières. (61)

Plusieurs études ont déjà été réalisées sur la vaccination mais sont souvent centrées sur une population particulière (les femmes enceintes (62), les étudiants en santé (63) ou les soignants (64)). Une seule thèse a été retrouvée sur l'étude des connaissances de la population au sujet de la grippe. (65) Elle a été réalisée en 2015 à la Réunion, région géographique où l'épidémie grippale n'est pas tout à fait similaire à celle de la France métropolitaine, et cible uniquement les sujets à risque. La connaissance de la population générale au sujet de la grippe, ses complications et des mesures barrières reste donc un sujet peu étudié.

Dans ce sens nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, par auto-questionnaire, auprès des patients consultant le SASPAS de Fontenay le Comte au cours de l'hiver 2020, afin d'évaluer leurs connaissances au sujet de la grippe, des mesures barrières et du vaccin antigrippal. Le choix de cette population d'étude particulière a été l'occasion d'évaluer l'impact de l'absence de médecin traitant sur les connaissances de la population au sujet de la grippe.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, mono centrique auprès des patients consultant l'interne SASPAS au sein des urgences de l'hôpital de Fontenay le Comte, à l'aide d'un questionnaire papier anonyme rempli en autonomie par le patient.

II. Période de recueil

Nous avons proposé le questionnaire aux patients venant en consultation SASPAS du 3 février au 16 mars 2020 pour inclure la période d'épidémie de grippe en France. La période de recueil s'est déroulée en période de vacances scolaires de la zone de Vendée (du 15 février au 1^{er} mars 2020) et de celle des départements limitrophes (du 22 février au 8 mars 2020), incluant ainsi des patients ayant un médecin traitant en vacances ou sur un autre secteur.

III. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de décrire l'état des connaissances des patients de médecine générale au sujet de la grippe saisonnière et des mesures barrières.

Notre avons interrogé le patient sur plusieurs variables : la connaissance des symptômes et du mode de transmission de la grippe, l'estimation de la gravité et de la fréquence de la grippe, l'indication du traitement antibiotique, la connaissance et l'application des gestes barrières.

Les objectifs secondaires sont :

- de décrire les connaissances et représentations au sujet du vaccin contre la grippe dans la population
- de connaître les moyens d'informations au sujet de la grippe par la population
- d'évaluer l'impact de l'absence de médecin traitant sur les connaissances de la population générale au sujet de la grippe.

IV. Description de la population étudiée

A. Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- tout patient majeur consultant le SASPAS sur la période de recueil préétablie,
- ne présentant pas de critère d'exclusion
- après recueil d'un consentement oral.

En cas de consultation d'un enfant, le questionnaire était expliqué et proposé au(x) parent(s) accompagnant l'enfant.

B. Critère d'exclusion

Ont été exclus d'emblée :

- les patients ne sachant pas lire ou écrire le français pour des raisons de compréhension du questionnaire (notamment patients migrants consultant via le CADA de Fontenay le Comte)
- les patients consultant plusieurs fois au cours de la période de recueil (1 seul questionnaire par patient)
- les patients refusant de participer à l'étude.

Ont été exclus secondairement les questionnaires incomplets. (Un questionnaire était considéré comme incomplet dès lors qu'au moins 2 questions n'étaient pas renseignées, la question n°18 concernant les commentaires libres n'était pas comptabilisée).

V. Description du questionnaire

Les données de l'étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire papier unique rempli en autonomie par le patient. Il est disponible en Annexe 2 et comprend :

A. Les données sociales :

1. L'âge
2. Le sexe
3. La déclaration d'un médecin traitant
4. Les antécédents
5. Le statut vaccinal antigrippal pour la saison en cours.

Les antécédents listés par les patients nous ont permis d'extraire ceux présentant au moins un antécédent médical pour lequel le vaccin contre la grippe est recommandé (Annexe 1). La catégorie « Population à risque » rassemble à la fois ces patients et les patients âgés de 65 ans ou plus.

B. Les connaissances scientifiques de la grippe

1. Ses symptômes

Nous avons créé un score de bonne réponse en utilisant la définition clinique utilisée par le Réseau Sentinelle : association de fièvre, myalgies et toux. La notion de myalgie ne paraissant pas aisée pour le patient, dans le questionnaire l'item « courbatures » a été choisi.

Le score est détaillé comme suit :

- A : Toute réponse contenant uniquement les 3 symptômes de la définition
- B : Toute réponse contenant les 3 symptômes de la définition ET 1 ou 2 autres réponses
- C : Toute réponse contenant les 3 symptômes de la définition ET au moins 3 autres réponses
- D : Toute réponse qui ne contient pas les 3 symptômes de la définition

2. Son mode de transmission

La réponse attendue était transmission par gouttelettes de salive. La réponse par contact cutané était également acceptée, si associée au mode gouttelettes, car elle prend en compte la transmission par manuportage.

De la même manière que pour les symptômes, nous avons établi un score de bonne réponse qui est détaillé ainsi :

- A : Toute réponse contenant uniquement « gouttelettes »
- B : Toute réponse contenant uniquement « gouttelettes » ET « contact cutané »
- C : Toute réponse contenant au moins « gouttelettes » ET « aérien », associé ou non à « contact cutané »
- D : toute réponse ne contenant pas « gouttelettes ».

Les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ont également été intégrées au score D

3. Sa gravité et sa fréquence

Pour étudier ces deux variables nous avons fait le choix d'échelles de notation graduée de 0 à 9.

4. L'indication d'un traitement antibiotique

C. La prévention

1. Le vaccin et ses indications
2. La connaissance des gestes barrières
3. L'application des gestes barrières

D. Les sources d'information du patient

VI. Déroutement du recueil de données

A. Préalablement à l'étude

Le questionnaire a été testé pendant 3 jours en janvier 2020 et nous avons recueilli 24 questionnaires tests. Cette démarche a été effectuée afin de s'assurer de la clarté et de la bonne compréhension du questionnaire auprès des patients, mais également de faire éventuellement émerger d'autres questions qui auraient pu être oubliées.

Ce test a permis de mettre en évidence que la question n°4 « antécédents » n'était pas toujours correctement remplie par le patient.

Nous avons donc changé son intitulé en ajoutant la précision « maladie chronique imposant des visites médicales régulières et/ou un traitement quotidien comme par exemple diabète, hypertension... » entre parenthèses.

Nous n'avons pas remarqué d'autre donnée discordante et les patients tests ne nous ont pas fait part d'autre remarque. Ces questionnaires tests ont été exclus de l'analyse finale.

B. Au cours du recueil

Lors de son arrivée au sein des urgences pour la consultation, le patient est accueilli par une secrétaire administrative. Les secrétaires du service ont reçu au préalable une information concernant l'objectif de l'étude, les conditions pratiques de réalisation, le caractère anonyme et volontaire ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des patients. Une note écrite rappelant l'ensemble de ces données était également affichée au secrétariat pendant toute la durée du recueil.

La secrétaire explique donc oralement l'objectif de l'étude au patient et recueille également son consentement oral avant de lui remettre le questionnaire. Une note explicative rappelant l'objectif de l'étude, son caractère volontaire et anonyme, était jointe au questionnaire.

Pendant le temps d'attente, le patient remplit seul le questionnaire fourni et le remet ensuite à l'interne SASPAS lors de la consultation. Les données recueillies étaient ensuite reportées dans un tableur Excel.

VII. Analyse de données

Pour répondre à l'objectif principal et aux deux premiers objectifs secondaires, nous avons réalisé une analyse descriptive des données. Les données des variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, médiane et écart type. Les données des variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage.

Pour répondre à l'objectif secondaire concernant l'impact du médecin traitant et pour les analyses comparatives en sous-groupe de population, nous avons utilisé le test du Chi2, ou le test de Fisher dans les cas où l'effectif était inférieur à 5, pour étudier les variables qualitatives. Une comparaison de moyennes a été effectuée en utilisant le test t de Student non apparié pour les variables quantitatives.

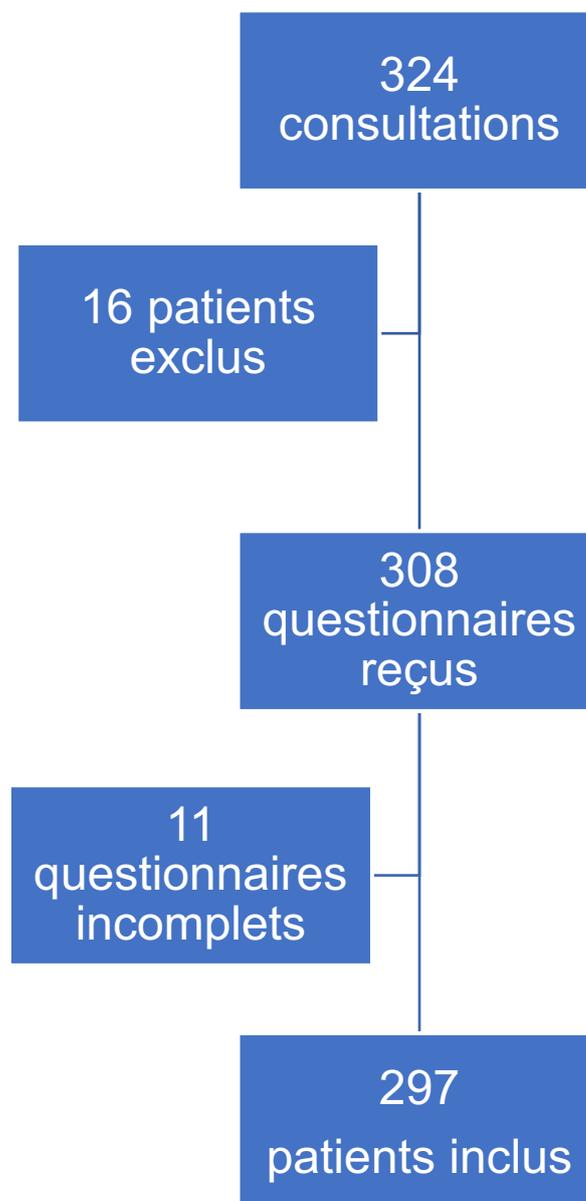
Nous avons utilisé le site internet BiostatTGV et pour rappel le seuil de significativité choisi est p inférieur à 5%.

RESULTATS

Notre période de recueil a été interrompue prématurément le 16 mars 2020, en raison de l'arrêt des consultations SASPAS à l'hôpital pendant la période de confinement liée à la COVID19. Sur cette période, il a été réalisé 324 consultations SASPAS et nous avons recueilli 308 questionnaires selon les critères précédemment décrits.

11 questionnaires ont été exclus secondairement car incomplets, soit un total de 297 questionnaires analysés.

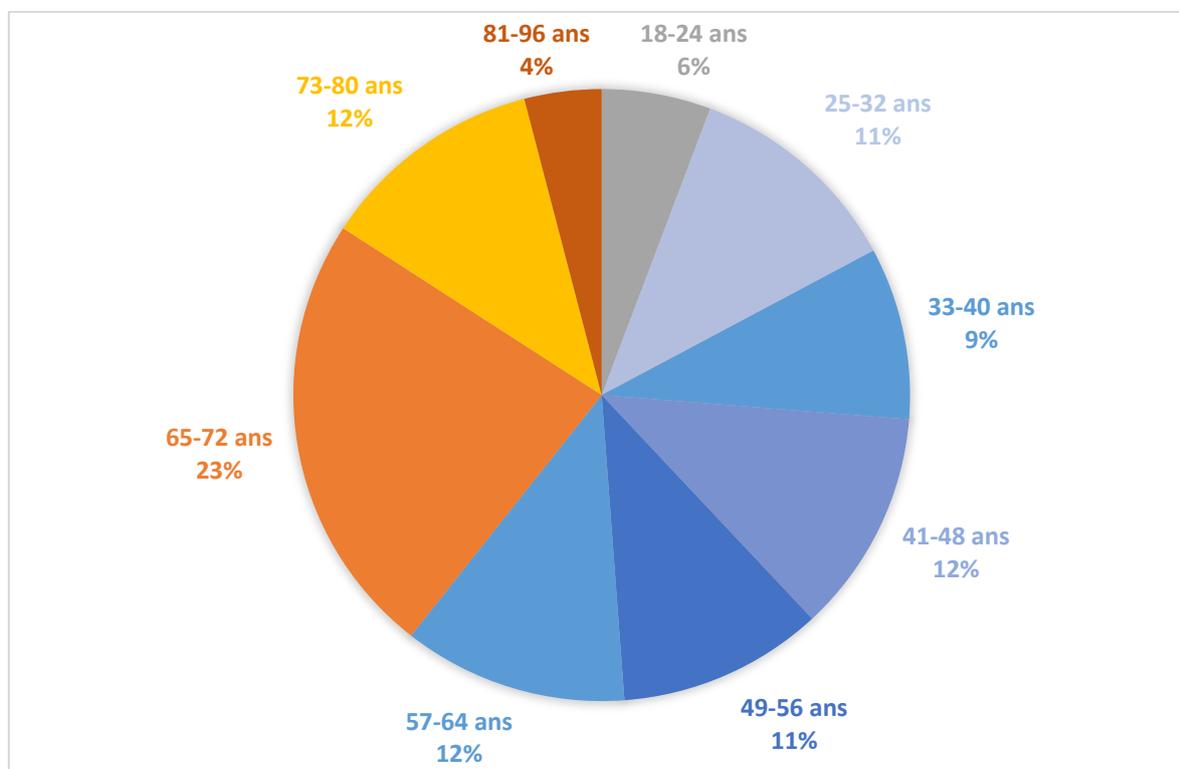
Figure 2. Diagramme de Flux



I. Données sociales

A. Répartition des âges

Figure 3. Répartition par âge de la population



La moyenne d'âge des participants est de 54,23 ans, avec un écart type de 18,34.

La médiane d'âge des participants est de 57 ans.

B. Répartition par sexe de la population

Tableau 1. Répartition par sexe de la population

Sexe	Nombre (%)
Femmes	151 (50,8)
Hommes	146 (49,2)
Total	297 (100)

La répartition des sexes est homogène avec un sex ratio de 1,03.

C. Déclaration d'un médecin traitant

Tableau 2. Déclaration d'un médecin traitant

Médecin traitant	Nombre (%)
Oui	115 (38,7)
Non	182 (61,3)
Total	297 (100)

61,3% des patients interrogés n'ont pas de médecin traitant.

D. Antécédents

Parmi l'ensemble des antécédents cités par les patients, nous avons sélectionné ceux les faisant entrer dans la catégorie « population à risque ».

Tableau 3. Antécédents faisant entrer les patients dans la catégorie « population à risque »

Antécédents	Nombre de citations
Diabète	34
Maladie cardiovasculaire	26
Maladie respiratoire	25
Obésité avec IMC \geq 40 kg/m ²	6
Traitement immunosuppresseur	4
Grossesse en cours	2

Au total, 66 patients présentent un ou plusieurs antécédents les faisant entrer dans la catégorie population à risque, et ce indépendamment de leur âge.

(La liste exhaustive des antécédents listés par les patients est présente en Annexe 5).

E. Patients présentant une indication au vaccin parmi notre population

Tableau 4. Population à risque parmi notre population d'étude

Population à risque	Nombre (%)
Oui	147 (49,50)
Non	150 (50,50)
Total	297 (100)

49,50% de notre population est considéré comme « population à risque », c'est-à-dire concernée par la vaccination annuelle contre la grippe.

F. Statut vaccinal antigrippal pour l'année en cours

Tableau 5. Réalisation du vaccin contre la grippe cette année

Vacciné contre la grippe	Nombre (%)
Oui	93 (31,3)
Non	204 (68,7)
Total	297 (100)

31,3% des patients interrogés se sont fait vacciner contre la grippe cette année, là où 49,50% avaient une indication à le faire.

Tableau 6. Comparaison du statut vaccinal pour l'année en cours et de l'indication réelle à se faire vacciner contre la grippe

	Population à risque		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Vacciné	74 (50,34)	19 (12,67)	93 (31,31)
Non vacciné	73 (49,66)	131 (87,33)	204 (68,69)
Total (%)	147 (100)	150 (100)	297(100)

Parmi les 147 patients présentant une indication à la vaccination antigrippale, 73 ne se sont pas fait vacciner, soit 49,66% de la population à risque.

G. Évaluation de la connaissance de l'indication du vaccin par le patient

Tableau 7. Connaissance de son indication personnelle à être vacciné contre la grippe en fonction du type de patient

	Connaissance de l'indication du vaccin			Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	Ne sait pas (%)	
< 65 ans	35 (19,45)	112 (62,22)	33 (18,33)	180 (100)
« à risque »	16 (53,33)	12 (40)	2 (6,67)	30 (100)
Non « à risque »	19 (12,67)	100 (66,67)	31 (20,66)	150 (100)
≥ 65 ans	71 (60,68)	31 (26,50)	15 (12,82)	117 (100)
Total (%)	106 (35,7)	143 (48,1)	48 (16,2)	297(100)

Seulement 35,7% (106/297) des patients interrogés pensent être concernés par le vaccin antigrippal alors que 49,5% ont une indication à être vaccinés contre la grippe.

53,33% (16/30) des personnes à risque de moins 65 ans pensent être concernés par le vaccin antigrippal.

Cette proportion est plus importante chez les plus de 65 ans où 60,68% (71/117) savent qu'ils sont concernés par le vaccin antigrippal.

H. Évaluation des freins à la vaccination antigrippale

Tableau 8. Comparaison du statut vaccinal et de la connaissance par le patient de son indication personnelle à se faire vacciner contre la grippe

	Connaissance de l'indication du vaccin			Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	Ne sait pas (%)	
Vacciné	71 (66,98)	12 (8,39)	10 (20,83)	93 (31,31)
Non vacciné	35 (33,02)	131 (91,61)	38 (79,17)	204 (68,69)
Total (%)	106 (100)	143 (100)	48 (100)	297(100)

Parmi les 106 patients qui pensent avoir une indication à se faire vacciner, 35 (soit 33,02%) ne l'ont pourtant pas réalisé cette année.

Tableau 9. Freins à la vaccination évoqués par les patients

Raisons évoquées de la non vaccination	Nombre de citations (%)
Le vaccin est inefficace	8 (22,86)
Le vaccin donne la grippe	6 (17,14)
Le vaccin est dangereux	5 (14,29)
N'a pas reçu d'information sur le vaccin	5 (14,29)
N'a jamais fait la grippe	5 (14,29)
Contre les vaccins en général	4 (11,43)
N'a pas reçu de prescription	2 (5,71)
Peur des piqûres	1 (2,86)
Malade au moment où il a reçu l'invitation Sécu	1 (2,86)
Grossesse en cours	1 (2,86)
Prix du vaccin	1 (2,86)
Non renseigné	3 (8,57)

Les raisons évoquées le plus fréquemment par les patients sont l'inefficacité du vaccin ou le vaccin responsable de la maladie.

A noter également qu'une patiente a évoqué sa grossesse en cours comme frein à la vaccination.

II. Évaluation de la connaissance de la grippe dans la population

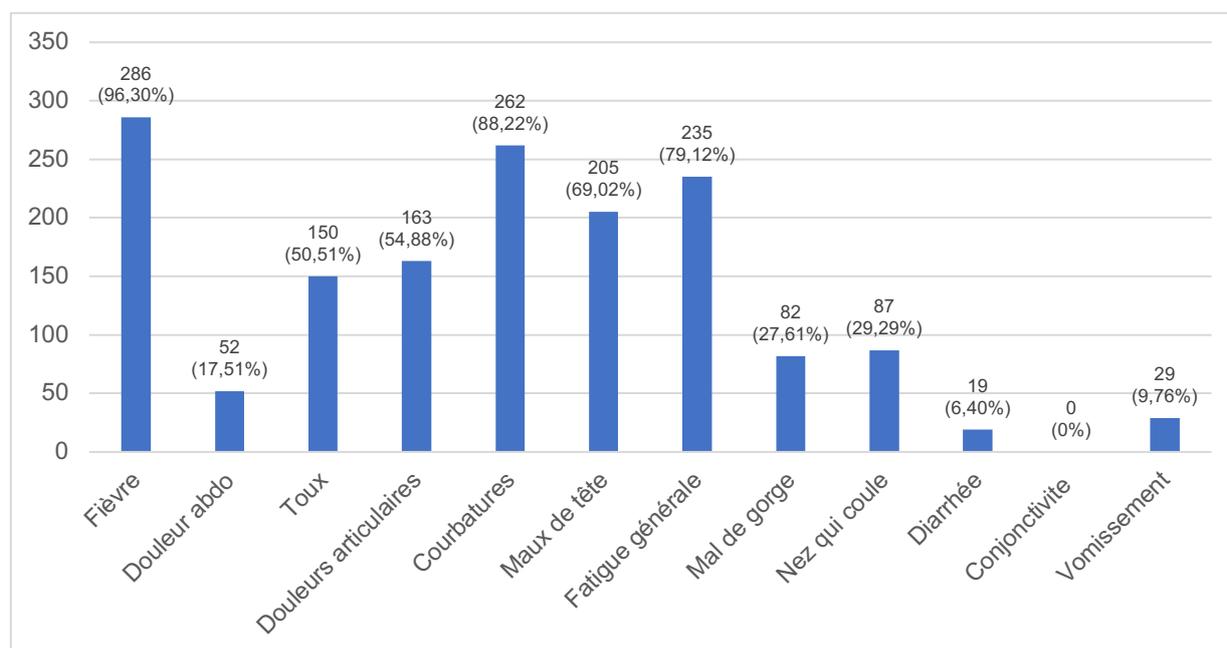
A. Connaissance des symptômes de la grippe

Tableau 10. Score de bonne réponse concernant les symptômes de la grippe

Score	Nombre (%)
A. Uniquement les 3 symptômes de la définition	2 (0,67)
B. Définition ET 1 ou 2 autres réponses	37 (12,46)
C. Définition ET au moins 3 autres réponses	84 (28,28)
D. Toute réponse qui ne contient pas les 3 symptômes de la définition	174 (58,59)
Total	297 (100)

On constate que 58,59% des patients ne connaissent pas les symptômes de la grippe.

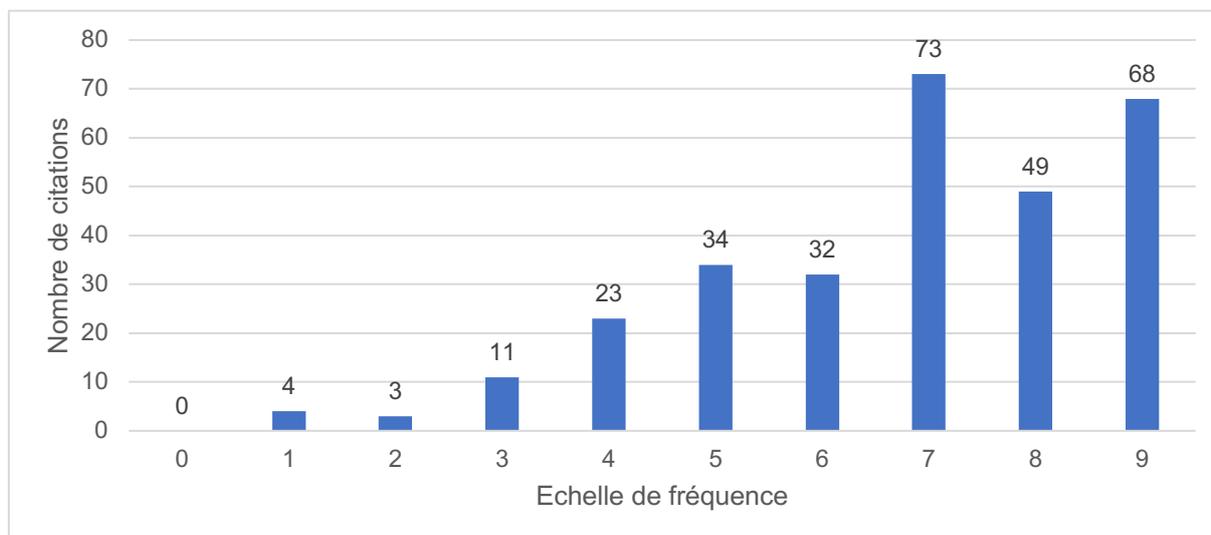
Figure 4. Nombre de citations de chacun des symptômes proposés



En regardant le détail des réponses, la fièvre et les myalgies sont bien identifiées comme des symptômes de la grippe mais ne sont pas systématiquement associées à des symptômes respiratoires : la toux n'est citée que dans 150 questionnaires sur 297. Les céphalées et l'asthénie arrivent en 3^{ème} et 4^{ème} position des symptômes les plus cités. Les facteurs confondants tels que conjonctivites (0/297), diarrhées (19/297) et vomissements (29/297) ont été peu sélectionnés par les patients.

B. Évaluation de la fréquence de la grippe selon les patients

Figure 5. Fréquence estimée de la grippe sur une échelle de 1 à 9 par les patients

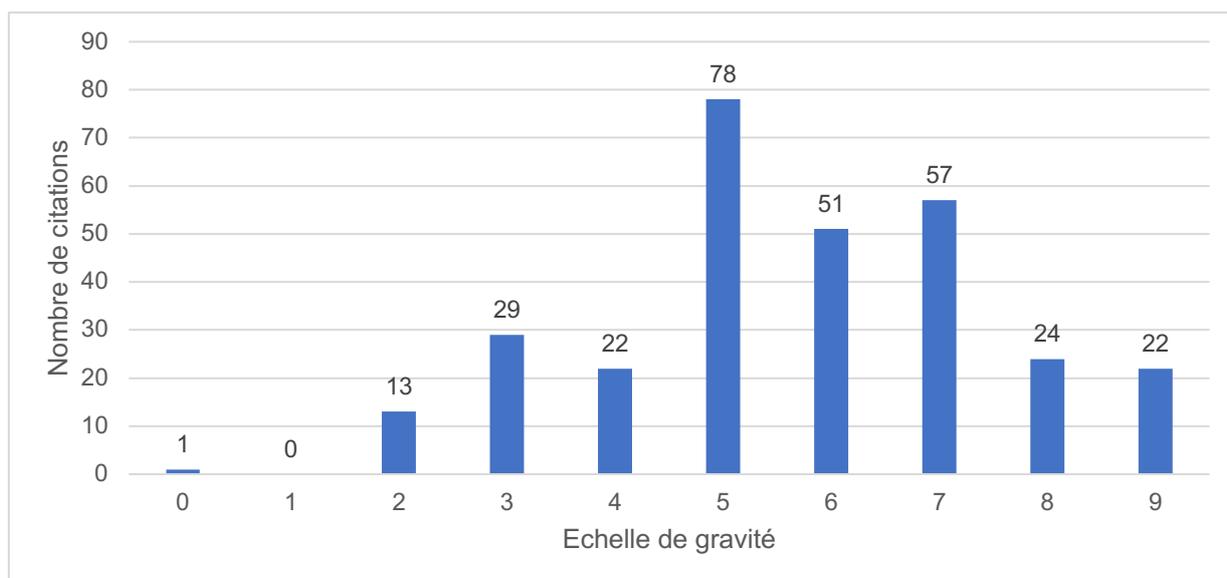


La moyenne des réponses est 6,77, avec un écart type de 1,90, et la médiane des réponses est 7.

La grippe est estimée comme une pathologie relativement fréquente par la population.

C. Évaluation de la gravité de la grippe selon les patients

Figure 6. Gravité estimée de la grippe sur une échelle de 1 à 9 par les patients



La moyenne des réponses est de 5,68, avec un écart type de 1,83, et la médiane est de 6.

La grippe est identifiée comme une pathologie moyennement grave par la population.

D. Évaluation de la connaissance du mode de transmission de la grippe

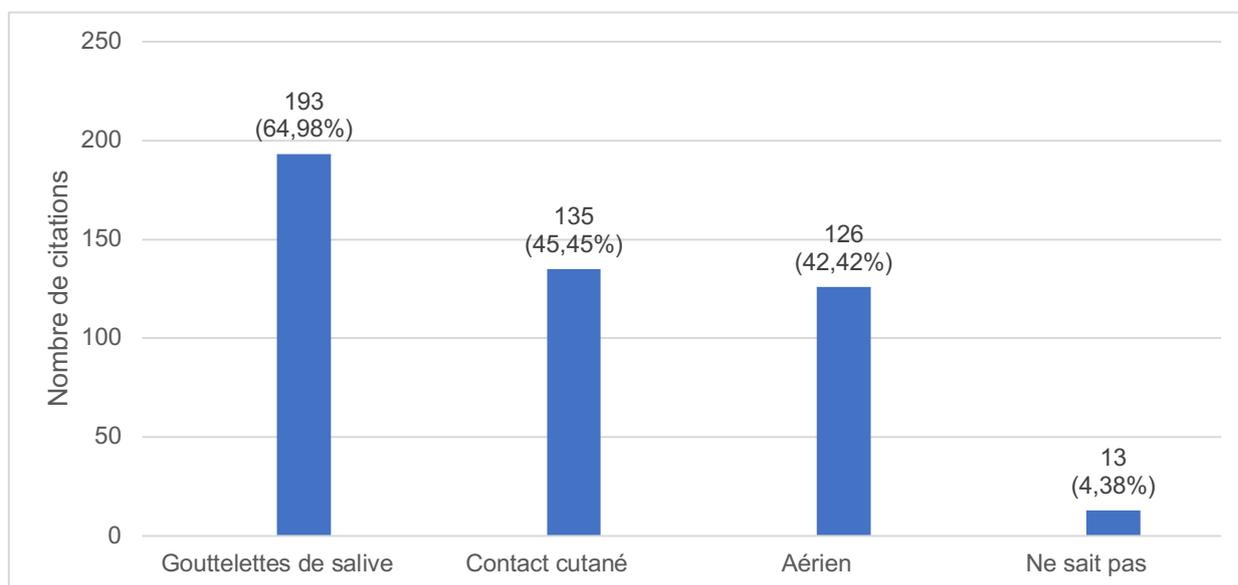
Tableau 11. Score de bonne réponse concernant le mode de transmission de la grippe

Score	Nombre (%)
A. Uniquement « Gouttelettes »	78 (26,26)
B. Uniquement « Gouttelettes + Contact cutané »	45 (15,15)
C. « Gouttelettes + Aérien » ou « Gouttelettes + Aérien + Cutané »	70 (23,57)
D. Toute réponse ne contenant pas « Gouttelettes »	104 (35,02)
Total	297 (100)

26,26% des patients connaissent le mode de transmission par gouttelettes de salive. 15,15% l'ont associé à la transmission cutanée et ont donc pris en compte le manuportage.

35,02 % des patients n'ont pas choisi la transmission par gouttelettes.

Figure 7. Connaissance du mode de transmission de la grippe



126 patients (42,42%) pensent également que le virus circule librement dans l'air.

E. Évaluation de la connaissance de l'indication d'un traitement antibiotique contre l'infection grippale

Tableau 12. Indication du traitement antibiotique dans l'infection grippale

Indication d'un traitement antibiotique	Nombre (%)
Oui	114 (38,4)
Non	144 (48,4)
Ne sait pas	39 (13,2)
Total	297 (100)

48,4% des patients interrogés savent que la grippe ne nécessite pas de traitement antibiotique.

F. Comparaison des connaissances des patients au sujet de la grippe en sous-groupe de population

Tableau 13. Comparaison des connaissances au sujet de la grippe entre les patients à risque et les patients non à risque

Connaissance symptômes	Population à risque		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Score A	0 (0)	2 (1,33)	2 (0,67)
Score B	11 (7,48)	26 (17,33)	37 (12,46)
Score C	38 (25,85)	45 (30)	84 (28,28)
Score D	98 (66,67)	77 (51,34)	174 (58,59)
Total	147 (100)	150 (100)	297 (100)
	p= 0,007		
	Oui	Non	Total
Moyenne d'estimation fréquence	6,89	6,65	6,77
	p = 0,27 avec IC à 95% [-0.68 ; 0.20]		
	Oui	Non	Total
Moyenne d'estimation gravité	5,89	5,46	5,68
	p = 0,03 avec IC à 95% [0.05 ; 0.90]		
Connaissance mode transmission	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Score A	39 (26)	39 (26)	78 (26,26)
Score B	21 (14,29)	24 (16)	45 (15,15)
Score C	32 (21,77)	38 (25,33)	70 (23,57)
Score D	47 (31,97)	44 (29,33)	91 (30,64)
Ne sait pas	8 (5,44)	5 (3,33)	13 (4,38)
Total	147 (100)	150 (100)	297(100)
	p = 0,83		
Indication traitement antibiotique	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	47 (31,97)	67 (44,67)	114 (38,4)
Non	78 (53,06)	66 (44)	144 (48,4)
Ne sait pas	22 (14,97)	17 (11,33)	39 (13,2)
Total	147 (100)	150 (100)	297 (100)
	p = 0,07		

Les patients appartenant à la « population à risque » estiment la grippe comme une maladie plus grave que les populations non à risque (p=0,03) mais ils ont statistiquement moins bien identifié les symptômes de la grippe que les patients non à risque (p=0,007). Concernant l'estimation de la fréquence, la connaissance du mode de transmission et l'indication du traitement antibiotique, nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre les patients à risque et les patients non à risque.

III. Évaluation des représentations au sujet du vaccin contre la grippe

A. Indication du vaccin au cours de la grossesse

Tableau 14. Vaccination contre la grippe au cours de la grossesse

Vaccination au cours de la grossesse	Nombre (%)
Oui	51 (17,2)
Non	115 (38,7)
Ne sait pas	131 (44,1)
Total	297(100)

17,2% des patients interrogés savent que le vaccin contre la grippe est indiqué chez la femme enceinte.

B. Responsabilité du vaccin dans l'infection grippale

Tableau 15. Responsabilité du vaccin sur la contraction de la grippe

Responsabilité du vaccin	Nombre (%)
Oui	88 (29,6)
Non	146 (49,2)
Ne sait pas	63 (21,2)
Total	297 (100)

49,2% des patients interrogés affirment que le vaccin ne peut pas être responsable de la grippe.

C. Évaluation de la connaissance de la protection conférée par la vaccination annuelle contre la grippe

Tableau 16. Protection conférée par le vaccin

Contracter la grippe en étant vacciné	Nombre (%)
Oui	238 (80,2)
Non	21 (7)
Ne sait pas	38 (12,8)
Total	297 (100)

80,2% des patients interrogés déclarent que le vaccin n'est pas efficace à 100%.

D. Score de bonne réponse des 3 questions sur le vaccin

Tableau 17. Score des réponses concernant le vaccin

Nombre réponse correcte	Nombre (%)
0	25 (8,42)
1	128 (43,10)
2	125 (42,08)
3	19 (6,40)
Total	297 (100)

6,40% des participants ont obtenu 3 bonnes réponses sur les 3 questions relatives au vaccin antigrippal.

E. Comparaison des connaissances des patients au sujet du vaccin en sous-groupe de population

Tableau 18. Comparaison des connaissances au sujet du vaccin entre les patients à risque et les patients non à risque

Score vaccin	Population à risque		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
0	12 (8,16)	13 (8,67)	25 (8,42)
1	63 (42,86)	65 (43,33)	128 (43,10)
2	62 (42,18)	63 (42)	125 (42,08)
3	10 (6,80)	9 (6)	19 (6,40)
Total	147 (100)	150 (100)	297 (100)
	p = 0,99		

Il n'y a pas de différence statistiquement significative au sujet des représentations sur le vaccin entre les patients à risque et ceux non à risque.

F. Comparaison entre le statut vaccinal de la population à risque et les représentations au sujet de la maladie et du vaccin

Tableau 19. Comparaison des représentations au sujet de la maladie en fonction du statut vaccinal

	Vacciné		Total
	Oui	Non	
Moyenne de fréquence	6,70	6,61	6,77
	p= 0,78 avec IC à 95% [-0.76 ; 0.58]		
Moyenne de gravité	5,98	5,37	5,68
	p= 0,03 avec IC à 95% [0.05 ; 1.20]		

On constate une différence significative de l'estimation de la gravité de la grippe entre les deux groupes ($p= 0,03$) : les patients vaccinés estiment la grippe comme étant une maladie plus grave (5,98/9) que les patients non vaccinés (5,37/9). Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne l'estimation de la fréquence de la maladie.

Tableau 20. Comparaison des représentations au sujet du vaccin en fonction du statut vaccinal

Responsabilité du vaccin	Vacciné cette année		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Oui	16 (21,62)	33 (45,20)	49 (33,33)
Non	43 (58,11)	28 (38,36)	71 (48,30)
Ne sait pas	15 (20,27)	12 (16,44)	27 (18,37)
Total	74 (100)	73 (100)	147 (100)
p = 0,009			
Contracter la grippe en étant vacciné	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	59 (79,73)	59 (80,82)	118 (80,27)
Non	6 (8,11)	6 (8,22)	12 (8,16)
Ne sait pas	9 (12,16)	8 (10,96)	17 (11,56)
Total	74 (100)	73 (100)	147 (100)
p = 0,97			

On constate une différence statistiquement significative de vaccination entre les patients suivant leur représentation au sujet de la dangerosité du vaccin ($p=0,009$) : 58,11% des patients vaccinés ne pensent pas que le vaccin puisse donner la grippe alors que 45,20% des patients non vaccinés pensent que le vaccin peut donner la grippe.

Il n'y a pas de différence significative entre les patients vaccinés et non vaccinés au sujet de leur croyance sur l'efficacité du vaccin.

IV. Évaluation de la connaissance des gestes barrières

A. Connaissance de la notion de gestes barrières

Tableau 21. Connaissance des gestes barrières

Connaissance des gestes barrières	Nombre (%)
Oui	234 (78,8)
Non	63 (21,2)
Total	297 (100)

78,8% de la population étudiée déclare connaître les gestes barrières face à la grippe.

B. Connaissance des différents types de gestes barrières

Tableau 22. Détail des gestes barrière cités par les patients

Geste barrière	Nombre de citations (%)
Se laver les mains régulièrement/Utiliser une SHA	203 (86)
Tousser/Éternuer dans le coude	76 (32,48)
Porter un masque - dont : porter un masque lorsque l'on est soi-même malade	49 (20,94) 20 (8,55)
Isoler les personnes malades	36 (15,38)
Utiliser un mouchoir à usage unique	19 (8,12)
Nettoyage du domicile	18 (7,69)
Éviter contact avec personnes fragiles/âgées quand on est malade	16 (6,84)
Éviter de faire la bise ou de serrer la main	9 (3,42)
Aérer la maison	8 (2,99)
Non renseigné	0

L'ensemble des gestes barrières préconisés par la campagne de Santé Publique France a été cité par les patients. Le lavage des mains est celui le plus cité, par 86% des patients.

C. Évaluation de l'application des gestes barrières

Tableau 23. Application des gestes barrières

Application des gestes barrières	Nombre (%)
Oui	188 (80)
Non	46 (20)
Total	234 (100)

80% des patients connaissant les gestes barrières déclarent les appliquer, soit 62,30% (188/297) de l'ensemble de la population d'étude.

Tableau 24. Détail des gestes barrières que les patients déclarent appliquer

Geste barrière	Nombre de citations (%)
Se laver les mains régulièrement/Utiliser une SHA	180 (95,74)
Tousser/Éternuer dans le coude	74 (39,36)
Utiliser un mouchoir à usage unique	19 (10,10)
Nettoyage du domicile	18 (9,57)
Éviter contact personnes fragiles/âgées quand on est malade	5 (2,66)
Éviter de faire la bise ou de serrer la main	9 (4,78)
Aérer la maison	8 (4,25)
Non renseigné	8 (4,25)

Le lavage des mains est la mesure barrière que les patients déclarent le plus pratiquer (95,74% des cas).

Certaines mesures barrières connues n'ont pas été citées dans celles appliquées : le port du masque et l'isolement des personnes malades.

D. Comparaison des connaissances des patients au sujet des gestes barrières en fonction du type de population

Tableau 25. Comparaison des connaissances au sujet des gestes barrières entre patients à risque et patients non à risque

	Population à risque		
Connaissance gestes barrières	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	116 (78,91)	118 (78,67)	234 (78,8)
Non	31 (21,09)	32 (21,33)	63 (21,2)
Total	147 (100)	150 (100)	297 (100)
	p = 0,95		
Application gestes barrières	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	88 (75,86)	100 (84,75)	188 (80)
Non	28 (24,14)	18 (15,25)	46 (20)
Total	116 (100)	118 (100)	234 (100)
	p = 0,04		

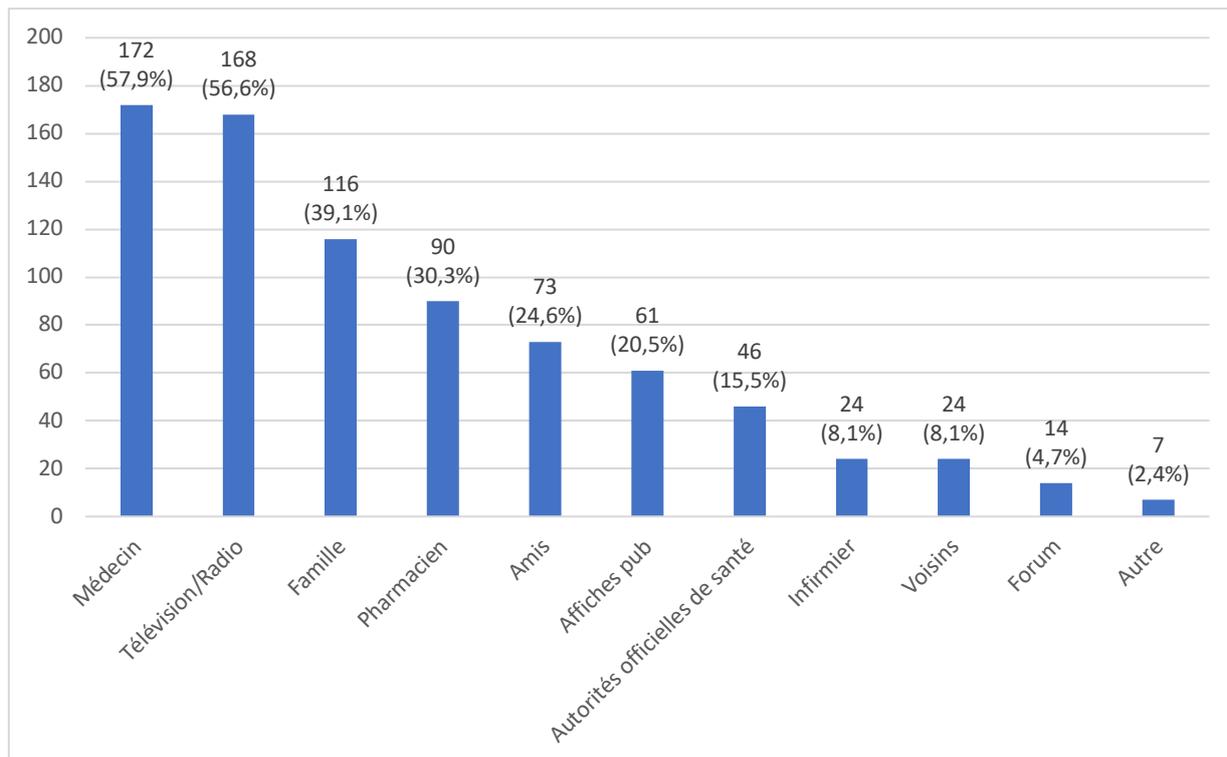
Il n'y a pas de différence de connaissance des gestes barrières entre les patients à risque et non à risque.

Les patients à risque déclarent moins appliquer les gestes barrières que les patients non à risque (p = 0,04) : 75,86 % des patients à risque contre 84,75% des patients non à risque.

V. Identification des sources d'informations des patients au sujet de la grippe

A. Sources d'information des patients

Figure 8. Source d'information des patients au sujet de la grippe



Le médecin représente la première source d'information au sujet de la grippe pour les patients de la population étudiée. Les médias (télévision/radio) sont la seconde source d'information.

Les autres professionnels de santé ne sont que peu ou pas identifiés par les patients comme une source d'information au sujet de la grippe : le pharmacien n'est cité que dans 30,3 % des questionnaires, et l'infirmier dans 8,08% des cas.

Les 7 patients ayant coché la case « autre » ont signalé les réseaux sociaux (2 questionnaires), le travail (3) et 2 n'ont pas apporté de précision.

B. Sentiment d'information reçue et suggestions des patients

Tableau 26. Sentiment d'information reçue sur la grippe

Suffisamment informé	Nombre (%)
Oui	230 (77,4)
Non	67 (22,6)
Total	297 (100)

77,4% de la population estime être déjà suffisamment informée au sujet de la grippe.

Seulement 16 patients sur les 297 ont répondu à la dernière question :

- 7 patients ont proposé d'utiliser d'autres méthodes de communication : « rappel par SMS pour la vaccination », « recevoir informations de prévention par mail », « diffuser sur les réseaux sociaux » (cité deux fois), « publier des affiches dans tous les lieux publics », « faire de la prévention au sujet de la grippe à l'école pour sensibiliser dès le plus jeune âge », « communication sous forme de réunions communales » ;
- 2 patients ont proposé une modification des campagnes actuelles : « Publier des statistiques, par exemple pourcentage de risque de contracter la grippe », « revoir les campagnes de vaccination pour faire valoir leur nécessité ».

Les autres suggestions étaient soit non interprétables, soit non pertinentes pour notre analyse.

VI. Évaluation de l'impact du médecin traitant

Tableau 27. Comparaison des connaissances au sujet de la grippe entre les patients suivis et non suivis par un médecin traitant

Connaissance symptômes	Médecin traitant		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Score A	0 (0)	2 (1,09)	2 (0,67)
Score B	15 (13,04)	22 (12,09)	37 (12,46)
Score C	33 (28,70)	51 (28,02)	84 (28,28)
Score D	67 (58,26)	107 (58,80)	174 (58,59)
Total	115 (100)	182 (100)	297 (100)
	p = 0,72		
Connaissance Mode transmission	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Score A	37 (32,17)	41 (22,53)	78 (26,26)
Score B	23 (20)	22 (12,09)	45 (15,15)
Score C	18 (15,65)	52 (28,57)	70 (23,57)
Score D	33 (28,70)	58 (31,86)	91 (30,64)
Ne sait pas	4 (3,48)	9 (4,95)	13 (4,38)
Total	115 (100)	182 (100)	297(100)
	p = 0,03		
Indication traitement antibiotique	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	40 (34,78)	74 (40,66)	114 (38,4)
Non	53 (46,09)	91(50)	144 (48,4)
Ne sait pas	22 (19,13)	17 (9,34)	39 (13,2)
Total	115 (100)	182 (100)	297 (100)
	p = 0,04		
Score Vaccin	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
0	11 (9,56)	14 (7,69)	25 (8,42)
1	48 (41,74)	80 (43,96)	128 (43,10)
2	51 (44,35)	74 (40,66)	125 (42,08)
3	5 (4,35)	14 (7,69)	19 (6,40)
Total	115 (100)	182 (100)	297 (100)
	p = 0,61		
Connaissance gestes barrières	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	99 (86,09)	135 (74,18)	234 (78,8)
Non	16 (13,91)	47 (25,82)	63 (21,2)
Total	115 (100)	182 (100)	297 (100)
	p = 0,01		
Application des gestes barrières	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	78 (89,66)	110 (74,83)	188 (80)
Non	9 (10,34)	37 (25,17)	46 (20)
Total	87 (100)	147 (100)	234 (100)
	p = 0,006		
Suffisamment informé	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	83 (72,17)	147 (80,77)	230 (77,4)
Non	32 (27,83)	35 (19,23)	67 (22,6)
Total	115 (100)	182 (100)	297 (100)
	p = 0,08		

Nous remarquons une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la connaissance du mode de transmission ($p = 0,03$), la connaissance ($p = 0,01$) et l'application des gestes barrières ($p = 0,006$) en faveur des patients suivis par un médecin traitant. Concernant l'absence d'indication de traitement antibiotique, nous observons également une différence significative ($p = 0,04$), mais en faveur des patients non suivis par un médecin traitant.

Sur la connaissance des symptômes ($p = 0,72$) et les représentations au sujet du vaccin ($p = 0,61$), il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Bien que le médecin traitant soit identifié comme étant la première source d'information par les patients, on ne peut conclure à une différence significative sur le sentiment d'information reçue entre les patients avec ou sans médecin traitant ($p = 0,08$).

Tableau 28. Comparaison des représentations au sujet de la maladie entre les patients suivis et non suivis par un médecin traitant

	Vacciné		Total
	Oui	Non	
Moyenne de fréquence	6,29	7,08	6,77
	p = 0,0005 avec IC à 95% [0.35 ; 1.24]		
Moyenne de gravité	5,51	5.78	5,68
	p = 0,22 avec IC à 95% [-0.70 ; 0.16]		

La comparaison des moyennes entre les deux groupes montre une différence statistiquement significative concernant l'estimation de la fréquence : les patients sans médecin traitant estiment la grippe plus fréquente (7,08/9) que ceux ayant un médecin traitant (6,29/9).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant l'estimation de la gravité entre les deux groupes de patient.

Tableau 29. Comparaison du statut vaccinal de la population à risque entre les patients suivis et non suivis par un médecin traitant

	Médecin traitant		
Connaissance de son indication personnelle du vaccin	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Oui	31 (54,39)	56 (62,22)	87 (59,19)
Non	17 (29,82)	26 (28,89)	43 (29,25)
Ne sait pas	9 (15,79)	8 (8,89)	17 (11,56)
Total	57 (100)	90 (100)	147 (100)
	p = 0,40		
Statut vaccinal pour l'année en cours	Oui (%)	Non (%)	Total (%)
Vacciné	36 (63,16)	38 (42,22)	74 (50,34)
Pas vacciné	21 (36,84)	52 (57,78)	73 (49,66)
Total	57 (100)	90 (100)	147 (100)
	p = 0,02		

Lorsque nous nous intéressons à la population à risque, nos résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la connaissance qu'a le patient d'être ciblé par la vaccination antigrippale.

En revanche, il existe une différence statistiquement significative sur la réalisation du vaccin ($p = 0,02$) : 63,16% des patients à risque suivis par un médecin traitant sont vaccinés contre 42,22% de ceux non suivis par un médecin traitant.

DISCUSSION

I. Qualité de l'étude

A. Limites de l'étude

a) Limites liées au questionnaire

Nous n'avons volontairement pas intégré de question sur la classe socio-économique du patient dans le questionnaire afin de faciliter son remplissage. De nombreuses études ont déjà fait état des inégalités sociales en santé et notamment sur les actes de prévention. (66) De plus la zone de Fontenay le Comte fait partie des zones enclavées avec un fort taux de chômage. (67) Nous ne souhaitons donc pas évaluer cette variable.

Toutefois, cela a pu biaiser nos résultats sur la définition de la population cible du vaccin car les personnels de santé n'étaient pas identifiables. De même, l'entourage des personnes fragiles qui a une indication à réaliser le vaccin et joue un rôle dans la prévention n'était pas identifiable par notre questionnaire. Cela est possiblement retrouvé dans le Tableau 7 : case « Population à risque Non » et réponse « vacciné ». Il est à noter qu'au vu de la situation du SASPAS de Fontenay le Comte et de l'absence de visites à domicile, aucun des patients de la population ne correspond à l'indication vaccinale « séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement, quel que soit leur âge ». C'est pourquoi nous n'avons pas posé la question dans ce questionnaire.

A propos des vaccins, nous avons uniquement questionné les freins mais il aurait pu être intéressant d'interroger les motivations à la vaccination du patient et connaître quel professionnel de santé les a vaccinés.

Pour les questions sur la gravité et la fréquence, nous avons choisi la méthode d'une échelle de notation. Or la représentation de ce qui est grave peut être différente d'un patient à l'autre : nécessité de consulter son médecin, arrêt de travail, hospitalisation, décès, etc. Ainsi ces deux questions pouvaient être à l'origine d'un biais d'interprétation.

Pour évaluer la connaissance des symptômes, nous avons créé un score en nous basant sur la définition clinique qu'utilise le réseau Sentinelles pour recenser les cas de grippe en médecine de ville. Notre choix a été guidé par le contexte dans lequel était effectuée notre étude : population générale consultant un médecin de ville. Toutefois, nous avons vu précédemment que la définition uniquement clinique de la grippe n'est pas unanime. De plus ce score n'a pas été validé scientifiquement, ce qui limite le niveau de preuve de notre analyse.

Enfin, nous avons fait le choix d'un questionnaire papier rempli en autonomie par le patient avec plusieurs questions ouvertes attendant donc une rédaction. Cela induit un biais de déclaration avec une variabilité de motivation interindividuelle dans le remplissage.

Pour obtenir une étude plus exhaustive, notamment en ce qui concerne les représentations du patient sur la maladie, nous aurions pu compléter notre recherche par une étude qualitative.

b) Limites liées à la méthode de recueil

La distribution des questionnaires nécessite une information claire sur les modalités de l'étude (notamment sur le volontariat et l'anonymat). Cette information est délivrée à l'oral par la secrétaire d'accueil, qui recueille également le consentement oral du patient avant de lui remettre le questionnaire. Selon la charge de travail de la secrétaire d'accueil, la qualité de l'information délivrée peut varier. Ce défaut était compensé par la note informative écrite jointe au questionnaire.

Les données étaient recueillies dans une base de saisie Excel par un seul investigateur. Il n'y a pas eu de double codage ou de vérification, ce qui a potentiellement pu amener des erreurs de saisies.

Notre recueil est déclaratif de type transversal. Cette méthode n'est pas adaptée à une utilisation analytique en vue de la production de preuves. Le niveau de preuve attribué à ce type d'enquête est de niveau 4, recommandation de grade C (HAS,2000). Les données d'analyse discutées ci-après présentent donc un biais de confusion.

c) Limites liées à la période de recueil

Notre période de recueil a été interrompue en raison de l'arrêt des consultations SASPAS pendant la période de confinement liée à la pandémie de la COVID 19. Il s'est donc effectué sur une durée limitée d'un mois, ce qui peut induire un biais de sélection des patients et un biais de saisonnalité.

Nous avons choisi de ne pas reprendre le recueil à l'issue du confinement car les résultats auraient pu être biaisés du fait des campagnes de prévention très présentes contre la pandémie de COVID 19 et de la confusion possible des patients entre ces deux maladies respiratoires.

B. Force de l'étude

Cette thèse est un travail original car bien que la grippe soit un sujet très étudié, les connaissances de la population générale au sujet de cette maladie et en particulier des gestes barrières n'ont été que peu explorées. De plus notre recueil de données réalisé en février et mars 2020, c'est-à-dire avant l'explosion de COVID-19 en France, nous permet un état des lieux des connaissances de la population et pourra éventuellement servir de base pour de futures études.

Le biais de sélection précédemment décrit a été diminué par la taille de l'échantillon : le questionnaire était proposé à tout patient quel que soit son motif de consultation ou ses antécédents. De plus nous n'avons eu que peu de refus de participation. Le nombre de patients inclus correspond ainsi à 91% de l'effectif théorique : sur les 324 consultations réalisées sur la période de recueil, nous avons recueilli 308 questionnaires, dont 297 interprétables.

Nous avons fait le choix d'un questionnaire rempli en autonomie par le patient, ce qui limite le risque d'influencer les réponses ou la peur d'être jugé par l'investigateur.

Nous avons réalisé un questionnaire court afin d'obtenir une meilleure adhésion et un meilleur taux de réponse du patient. Le questionnaire était ensuite récupéré au début de chaque consultation, ce qui a limité le nombre de questionnaires perdus.

Le type de questions était diversifié (questions à choix multiples, à réponse binaire, échelle de notation ou ouvertes) afin d'éviter un biais d'acquiescement. Ce biais correspond à une tendance des répondants à s'orienter vers la réponse oui, la première réponse, ou encore la réponse médiane.

Enfin, 61,3% des patients inclus n'ont pas de médecin traitant, ce qui nous a permis de répondre à notre objectif secondaire en réalisant une comparaison en sous-groupes suivant la présence ou non d'un médecin traitant.

En comparaison aux données de la littérature, notre étude obtient des données similaires à celles de l'enquête « Les connaissances et idées reçues liées à la grippe saisonnière et son vaccin », réalisée en septembre 2018 par l'Assurance Maladie auprès d'un échantillon national représentatif de la population française composé de 2000 personnes. (61) Cela renforce la cohérence externe de notre étude.

II. Présentation du résultat principal et des objectifs secondaires

A. Connaissances de la grippe et des mesures barrières

Notre population d'étude n'a pas une connaissance précise des symptômes de la grippe. La présence de fièvre et de myalgies est bien identifiée par les patients, mais les symptômes respiratoires ont en particulier été oubliés, cette méconnaissance étant encore plus marquée chez les patients identifiés comme à risque dans notre population. Dans son étude, l'Assurance Maladie affirme que les patients font bien la différence entre un simple rhume et une grippe. Cela peut être retrouvé dans nos résultats puisqu'une fièvre et des symptômes généraux tels que les myalgies ou l'asthénie ne sont pas présents dans un simple rhume. Nous pouvons également supposer l'influence d'un biais de mémorisation : les symptômes généraux sont probablement les plus invalidants et donc potentiellement plus marquants pour les patients. Toutefois la non identification par les patients de la grippe comme d'une maladie respiratoire nous paraît inquiétant.

Nos conclusions concernant le mode de transmission sont plus mesurées. Le choix de formulation de cette question semblait plus complexe avec la notion de gouttelettes. Néanmoins, les patients avaient la possibilité de cocher plusieurs items à cette question, ce qui a pu permettre d'augmenter le nombre de bonnes réponses. En effet près de 65% de patients ont coché la transmission par gouttelettes de salive, mais seulement 26% ont identifié uniquement ce mode de transmission, . Et en parallèle 45% pensent que le virus circule librement dans l'air. Ainsi, nous concluons que le mode de transmission de la grippe n'est pas encore une notion claire pour le patient.

En revanche, les mesures barrières semblent connues : 78,8% de la population étudiée déclare les connaître et l'ensemble des gestes barrières recommandés a été cité par les patients. De plus, tous les patients ayant répondu oui à cette question ont cité ensuite au moins un geste barrière, ce qui permet de diminuer un éventuel biais de désirabilité.

La grande majorité des patients connaissant les gestes barrières indique également les réaliser. Le lavage régulier des mains est la mesure barrière la plus citée et la plus appliquée selon les déclarations des patients. Toutefois, des mesures connues n'ont pas été citées dans celles que les patients appliquent : le port du masque et l'isolement des personnes malades. Nous pouvons supposer que certains gestes soient plus accessibles et faciles à adopter que d'autres pour les patients.

L'enquête de l'Assurance Maladie n'étudie pas les gestes barrières. Une thèse réalisée en 2014 a étudié l'acceptabilité des patients en cas d'infection grippale au sujet de deux gestes barrières (68) : le port du masque et le lavage des mains. Les résultats montrent que les patients ont bien intégré le lavage des mains (avec un seuil de 10 lavages par jour) et qu'ils sont convaincus de l'efficacité de cette mesure dans la prévention de la transmission de la grippe. Les résultats concernant le port du masque sont plus mitigés et de nombreux inconvénients ont été reportés. Les patients étaient également moins convaincus de son efficacité que de celle du lavage de mains. Cette thèse confirmerait donc notre hypothèse selon laquelle certaines mesures barrières seraient plus facilement intégrables au quotidien des patients.

Par ailleurs, l'efficacité des gestes barrières dépend d'une application correcte en situation adaptée. Nous avons vu précédemment que les symptômes et le mode de transmission de la grippe ne sont pas bien identifiés par les patients. Nous pouvons donc nous questionner sur l'application adéquate des gestes barrières chez ces patients.

Enfin, concernant les autres variables entrant dans notre évaluation des connaissances de la population, la grippe est bien identifiée comme une pathologie fréquente de l'hiver et est estimée comme une pathologie moyennement grave. La population à risque semble plus consciente de la dangerosité potentielle de la grippe avec une moyenne légèrement plus élevée. Nos résultats concordent avec ceux de l'Assurance Maladie qui affirme que 95% des Français considèrent la grippe comme une maladie possiblement grave.

De plus, nous pouvons nous questionner sur un lien entre représentation de la maladie et comportement du patient : les patients non vaccinés ont statistiquement évalué la grippe comme moins grave que les patients vaccinés. Toutefois, notre mode de recueil et notre analyse statistique ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre ces deux variables.

La question du traitement de la grippe ne semble pas encore complètement acquise : moins d'un patient sur deux affirme que le traitement antibiotique n'est pas nécessaire. Ce résultat est à mettre en lien avec la mauvaise reconnaissance par les patients de ce qu'est la grippe et donc la potentielle confusion avec d'autres pathologies d'origine bactérienne.

Par ailleurs, ce résultat est également dépendant de la pratique des médecins traitants. Une thèse réalisée en 2019 a étudié les pratiques de médecins traitants alsaciens au sujet de la grippe (69). Elle montre que la prescription d'antibiotiques en cas de grippe, bien que minime, n'est pas adaptée ou basée sur des critères cliniques incertains (persistance des symptômes, toux grasse ou encore terrain à risque sans signe de gravité réelle). Cette problématique sort de notre champ d'étude mais est tout de même à prendre en compte car elle peut influencer les croyances du patient.

B. Objectifs secondaires

a) Connaissances et représentation au sujet du vaccin contre la grippe

La couverture vaccinale de notre population d'étude est très mauvaise avec un patient sur deux de la « population à risque » qui n'a pas réalisé le vaccin cette année. Ce résultat est concordant avec les données épidémiologiques françaises : 47,8% de couverture vaccinale chez les sujets à risque en 2019-2020.

Lorsque l'on essaie de comprendre cette mauvaise couverture vaccinale, nous notons tout d'abord qu'un certain nombre de patients ne sait pas qu'il est lui-même concerné par le vaccin. Cette méconnaissance est particulièrement importante chez les personnes à risque de moins de 65 ans où seulement 53,33% ont répondu être concernés par le vaccin contre la grippe.

Les personnes en ALD reçoivent normalement un bon annuel les invitant à se faire vacciner. Mais ce n'est pas le cas d'autres sujets à risque comme par exemple les femmes enceintes. Cela peut être une première source d'explication puisque seulement 17,2% des patients interrogés affirment que le vaccin de la grippe est indiqué chez la femme enceinte et 44,1% répondent ne pas savoir. Une patiente a même répondu « grossesse en cours » comme cause de non vaccination.

Ce qui nous amène à la deuxième explication possible de cette mauvaise couverture vaccinale : le manque de confiance dans le vaccin tant sur son efficacité que sur sa dangerosité potentielle. Dans notre étude, les patients pensant que le vaccin donne la grippe sont statistiquement moins vaccinés que ceux pensant le contraire. De plus les deux freins à la vaccination les plus cités sont son inefficacité et « le vaccin donne la grippe ».

Tous nos résultats sur la question du vaccin sont en accord avec ceux de l'étude de l'Assurance Maladie : 48% des Français ne savent pas que les femmes enceintes doivent se faire vacciner, 52% pensent que le vaccin peut donner la grippe et 21% doutent encore de l'efficacité du vaccin.

b) Connaissance des moyens d'information de la population

Le médecin et les médias sont les deux sources d'information préférentielles identifiées par notre population d'étude. Cette donnée concorde avec les résultats antérieurs de l'étude de l'Assurance maladie et permet de soulever une autre problématique.

En effet, la majorité des patients sondés déclare être déjà suffisamment informée au sujet de la grippe alors que les campagnes de prévention annuelles diffusées au grand public ne semblent pas avoir d'impact réel. Si nous prenons à nouveau l'exemple de la vaccination des femmes enceintes, des affiches de prévention ciblant spécifiquement les femmes enceintes ont été réalisées et largement diffusées (tant dans les médias que dans les cabinets de médecins ou de sages-femmes).

Or la couverture vaccinale de cette population reste limitée voire insignifiante (7,4% des femmes enceintes pour la saison 2018-2019). Cela doit donc nous amener à réfléchir sur d'autres techniques de communication pour cibler et faire adhérer les patients à ces mesures. Dans la partie suggestions de notre questionnaire, plusieurs patients ont émis des propositions à ce sujet, et notamment sur le fait d'utiliser d'autres médias (réseaux sociaux, mails ou rappel sms).

c) Impact de l'absence de médecin traitant sur les connaissances de la population générale au sujet de la grippe

Nous avons réalisé notre étude auprès des patients consultant le SASPAS des urgences de Fontenay le Comte, service qui s'adresse particulièrement aux patients n'ayant pas ou plus de médecin traitant. Cela se vérifie dans nos résultats puisque 61,3% des patients ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant.

Dans notre comparaison en sous-groupes, nous remarquons tout d'abord une meilleure couverture vaccinale dans la population suivie par un médecin traitant, ce qui confirme le rôle essentiel du médecin dans ce domaine.

D'un point de vue statistique, nous obtenons des résultats qui tendent à faire penser que les connaissances des patients qui n'ont pas de médecin traitant seraient moins bonnes sur plusieurs critères : le mode de transmission de la grippe, la connaissance des gestes barrières et leur application au quotidien.

En revanche, on observe de meilleures réponses chez les patients non suivis sur l'absence d'indication du traitement antibiotique. En ce qui concerne la connaissance des symptômes, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative. Cela peut être dû au manque de puissance de notre étude réalisée sur un échantillon et une durée limitée.

Il faut également prendre en compte la limite de notre recueil sur un mode déclaratif transversal qui ne prend pas en compte de notion de durée sur cette variable. Ainsi nous classons dans la catégorie « pas de médecin traitant » des patients qui ont pu avoir un médecin traitant pendant des années et n'en ont plus seulement depuis quelques mois (départ à la retraite par exemple). Cette donnée est illustrée dans nos résultats : 172 patients affirment que le médecin traitant est leur première source d'information là où seulement 115 ont un médecin traitant. On peut imaginer et souhaiter que tout le travail de pédagogie entrepris pendant de nombreuses années persiste ensuite et explique que ces patients sans médecin traitant l'identifient toujours comme leur première source d'information.

Enfin, une autre explication possible étant que le médecin traitant n'est pas le seul déterminant à prendre en compte mais que ces données relèvent également des comportements individuels fortement liés aux représentations et croyances de chacun.

III. Actualité

Cette année 2020 a bien entendu été marquée par la pandémie de COVID-19. Habituellement, la surveillance de la grippe s'effectue de la semaine 40 à la semaine 15 de l'année suivante. En 2020, la surveillance épidémiologique de la grippe s'est stoppée en semaine 11, pour passer ensuite à la surveillance de la COVID-19.

Depuis mars 2020, le réseau Sentinelles ne recense plus les cas de « syndromes grippaux » mais les cas d'« infections respiratoires aiguës » (IRA). La définition de ces IRA correspond « à l'apparition brutale de fièvre et de signes respiratoires », et a été créée dans le but de suivre de manière conjuguée les épidémies de grippe saisonnière et l'épidémie de COVID-19. (23) D'autres mesures prises en parallèle ont également pu modifier le nombre de cas recensés : par exemple la recommandation de s'isoler et de ne pas consulter son médecin traitant lors de l'apparition de toux et de fièvre. De ce fait les données épidémiologiques de la saison grippale 2019-2020 sont difficiles d'interprétation.

Bien que d'ampleurs différentes, les deux maladies présentent certaines similitudes. La COVID-19 est également une maladie à transmission respiratoire et possède des signes cliniques pouvant faire évoquer une grippe (fièvre, toux, asthénie, myalgies). Les populations à risque de formes sévères de COVID-19 englobent celle de la grippe : les patients âgés de 65 ans ou plus, les patients souffrants de pathologies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires, diabétiques, insuffisance rénale chronique dialysée, immunodépression congénitale ou acquise...), les personnes obèses, les femmes enceintes au troisième trimestre de la grossesse. (70)

Dans ce contexte pandémique, la problématique de la prévention est d'autant plus d'actualité. Les campagnes de prévention contre la COVID-19 ont donc naturellement repris les mêmes messages concernant les gestes barrières que ceux habituellement diffusés en période d'épidémie de grippe, en accentuant certains critères comme le port du masque. La bonne pratique des gestes barrières par le plus grand nombre reste donc un enjeu majeur, lorsqu'une co-circulation de la grippe saisonnière et du Sars-Cov2 peut survenir cet hiver.

IV. Perspectives d'amélioration

Il semblerait évident initialement de vouloir améliorer les connaissances des patients au sujet de la grippe saisonnière, leur permettant de mieux reconnaître les symptômes, de mieux comprendre son mode de transmission et ainsi de mieux juger les gestes permettant de limiter sa transmission.

Notre étude met également en avant que les patients à risque connaissent mal leur propre vulnérabilité face à la grippe. Une piste d'amélioration serait de mieux cibler ce public à risque, la question étant de trouver la méthode de communication adéquate chez des patients qui estiment pour la plupart être déjà suffisamment informés. La proposition d'utiliser d'autres médias a été faite par les patients et mérite d'être étudiée.

De plus, il semblerait naïf de penser que le manque d'informations (tant par le biais du médecin traitant que par les campagnes de prévention) soit le seul déterminant des comportements des patients, en particulier sur un sujet tel que la vaccination.

Si nous souhaitons améliorer l'adhésion des patients, il est nécessaire de s'intéresser à leurs représentations de la maladie et du vaccin. Notre étude apporte des résultats préliminaires mais n'est pas suffisante pour étudier ces données. Une étude de type qualitative permettrait de les préciser.

Notre étude montre des résultats encourageants concernant les gestes barrières, et ce d'autant plus qu'elle a été réalisée en février et mars 2020, soit avant l'explosion de la pandémie de COVID-19 en France et la mise en avant de ces mesures.

Les mesures barrières présentent de multiples avantages : solution peu coûteuse, facilement disponible et applicable, absence quasi-totale d'effets indésirables et elles confèrent une protection contre les autres infections hivernales (VRS, rotavirus ou encore le Sars-Cov2). Il semble donc essentiel de continuer à s'y intéresser. On peut notamment envisager une étude de type interventionnelle s'intéressant à l'application effective et adéquate de ces mesures.

CONCLUSION

La grippe continue de provoquer des épidémies annuelles responsables de nombreuses complications et décès en particulier chez une population à risque. Pour lutter contre ce problème majeur de santé publique, la prévention reste le moyen le plus efficace et à la portée de tous.

La majorité de notre population d'étude déclare être déjà suffisamment informée au sujet de la grippe. Mais nos résultats révèlent une connaissance encore trop aléatoire des symptômes de la grippe et de son mode de transmission. La couverture vaccinale est également insuffisante, comparable aux données nationales. Elle est à mettre en parallèle avec le manque d'information des patients dont certains ignorent même qu'ils sont ciblés par la vaccination antigrippale (en particulier les « personnes fragiles » de moins de 65 ans), mais également avec le manque de confiance dans le vaccin.

Des progrès sont donc à effectuer et il est nécessaire de poursuivre le travail d'information des patients à ce sujet. Notre étude confirme le rôle fondamental du médecin traitant dans ce domaine. Toutefois il n'est pas le seul déterminant à entrer en ligne de compte et les comportements individuels des patients relèvent également de leurs croyances et représentations au sujet de la maladie (ce qui est illustré dans nos résultats avec par exemple une estimation de la grippe moins grave chez les patients non vaccinés). Ces aspects sont donc essentiels à prendre en compte dans une démarche d'éducation en santé et méritent d'être approfondis.

En revanche, le message semble être passé en ce qui concerne les gestes barrières. Une majorité de nos patients déclare déjà connaître et appliquer les principaux gestes barrières. Il est fort probable que les obligations récemment mises en place (port du masque obligatoire) et la peur générée par la pandémie de COVID-19 puissent inciter la population à d'autant plus les appliquer. Nos résultats, bien qu'encourageants, restent déclaratifs et nécessitent d'être confirmés. Une étude comparative, étayée notamment d'une évaluation de l'application effective et adéquate des gestes barrières, pourrait donc être intéressante.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. La grippe, une épidémie saisonnière [Internet]. 2019 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/la-grippe-une-epidemie-saisonniere>
2. Haute Autorité de Santé. Référentiel concernant la durée d'arrêt de travail. Argumentaire en réponse à saisine du 8 juin 2010 [Internet]. 2010 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201010/referentiel_concernant_la_duree_darret_de_travail_saisine_du_8_juin_2010_-_argumentaire.pdf
3. GEIG. La Grippe : Impact économique [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <http://www.grippe-geig.com/impact-economique.html>
4. Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. Bull Epidemiol Hebd. 28 juill 2015;(32-33):593-8.
5. Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France. Saison 2018-2019. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(28):552-63.
6. Santé Publique France. Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge [Internet]. 2019 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age>
7. World Health Organization. Influenza (Seasonal) [Internet]. 2018 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
8. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020 : maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.

9. Institut Pasteur. Informations et recommandations sur les virus des infections respiratoires (dont la grippe) [Internet]. 2016 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-referance/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe/maladie-recommandations-cnr-virus-infections-respiratoires-dont-grippe>
10. Bean B, Moore BM, Sterner B, Peterson LR, Gerding DN, Balfour HH. Survival of influenza viruses on environmental surfaces. *J Infect Dis.* juill 1982;146(1):47-51.
11. Oxford J, Berezin E, Courvalin P, Dwyer D, Exner M, Jana L, et al. The survival of influenza A(H1N1)pdm09 virus on 4 household surfaces. *Am J Infect Control.* Avr 2014;42:423–425.
12. SPILF-COREB. Procédure actualisée de prise en charge globale d'un patient suspect de grippe saisonnière [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/coreb/grippe/proced-grippe-saison-coreb-site-15fev16-1.pdf>
13. Régnier B. Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë A(H1N1), réminiscence des pandémies du 20e siècle ? *Bull Epidemiol Hebd Web.* [Internet]. 30 oct 2009 [cité 4 oct 2020]. (3):1-5. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/article/le-syndrome-de-detresse-respiratoire-aigue-a-h1n1-reminiscence-des-pandemies-du-20eme-siecle-numero-special.-grippe-a-h1n1-2009-le-point-apre>
14. C. Weil-Olivier. Grippe saisonnière de l'enfant. *EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses* [Internet]. 2015 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.em-conulte.com/article/962071/grippe-saisonniere-de-l-enfant>
15. Monto AS, Gravenstein S, Elliott M, Colopy M, Schweinle J. Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. *Arch Intern Med.* 27 nov 2000;160(21):3243-7.

16. Boivin G, Hardy I, Tellier G, Maziade J. Predicting Influenza Infections during Epidemics with Use of a Clinical Case Definition. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 nov 2000;31:1166-9.
17. Shah SC, Rumoro DP, Hallock MM, Trenholme GM, Gibbs GS, Silva JC, et al. Clinical Predictors for Laboratory-Confirmed Influenza Infections: Exploring Case Definitions for Influenza-Like Illness. *Infect Control Hosp Epidemiol.* Mars 2015; 36(3):241-8.
18. Fitzner J, Qasmieh S, Mounts AW, Alexander B, Besselaar T, Briand S, et al. Revision of clinical case definitions: influenza-like illness and severe acute respiratory infection. *Bull World Health Organ.* 1 févr 2018;96(2):122-8.
19. Réseau Sentinelles. Surveillance continue : syndromes grippaux. [Internet]. 2018 [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=3>
20. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction N° DGS/SP1/VSS/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2019/185 du 7 août 2019 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière [Internet]. 2019 [cité 10 nov 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_grippe_070819.pdf
21. Vabret A, Dina J, Cuvillon-Nimal D, Nguyen E, Gouarin S, Petitjean J, et al. La grippe saisonnière. *Pathol Biol.* [Internet]. Avr 2010 [cité 27 nov 2019] ;58(2):51-7. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7126553/>
22. Institut Pasteur. Centre National de Référence des virus des infections respiratoires (dont la grippe) [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-referance/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe>
23. Réseau Sentinelles. Le réseau Sentinelles : présentation [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=presentation>

24. Santé Publique France. Réseau OSCOUR® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [Internet]. 2019 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur : <https://santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>
25. Grippenet.fr. Le projet [Internet]. 2020 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.grippenet.fr/fr/covidnet/>
26. Guerrisi C, Turbelin C, Souty C, Poletto C, Blanchon T, Hanslik T, et al. The potential value of crowdsourced surveillance systems in supplementing sentinel influenza networks: the case of France. *Eurosurveillance*. 21 juin 2018; 23(25):1700337. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.25.1700337>
27. Escuret V, Frobert E, Lina B. Grippe et antiviraux. *Réanimation*. [Internet] 21 Fev 2011; [cité 7 oct 2020]; 20(3):169-77. Disponible sur: <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1105-Reanimation-Vol20-N3-p169-177.pdf>
28. Haut Conseil de Santé publique. Avis 16 mars 2018 relatif à la prescription d'antiviraux en cas de grippe saisonnière [Internet]. 2018 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=652>
29. Aoki FY, Group on behalf of the IS, Macleod MD, Group on behalf of the IS, Paggiaro P, Group on behalf of the IS, et al. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. *J Antimicrob Chemother*. 1 janv 2003; 51(1):123-9.
30. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 10 avril 2014 [cité 13 nov 2020];2014(4). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464969/>

31. Doll MK, Winters N, Boikos C, Kraicer-Melamed H, Gore G, Quach C. Safety and effectiveness of neuraminidase inhibitors for influenza treatment, prophylaxis, and outbreak control: a systematic review of systematic reviews and/or meta-analyses. *J Antimicrob Chemother.* [Internet]. 1 nov 2017 [cité 13 nov 2020];72(11):2990-3007. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28961794/>
32. Blanchon T, Geffrier F, Turbelin C, Daviaud I, Laouénan C, Duval X, et al. Use of neuraminidase inhibitors in primary health care during pandemic and seasonal influenza between 2009 and 2013. *Antivir Ther.* [Internet]. 17 fev 2015 [cité 13 nov 2020];20(7):753-61. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325875/>
33. Prescrire en question. Oseltamivir et grippe : toujours pas de données solides. *Rev Prescrire* [Internet]. 2015 [cité 13 nov 2020];35 (385) 871-875. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/51414/0/NewsDetails.aspx>
34. Vaccination info service. Grippe saisonnière. [Internet]. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Grippe-saisonniere>
35. Haut Conseil de Santé Publique. Avis 12 janvier 2016 relatif à la vaccination antigrippale en situation de pandémie des personnes présentant une allergie aux protéines de l'œuf et aux aminosides. [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=563>
36. Hommel C. Flucelvax Tetra, un nouveau vaccin contre la grippe utilisable en cas d'allergie à l'oeuf ou aux antibiotiques [Internet]. 2019 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/news/14884-flucelvax-tetra-un-nouveau-vaccin-contre-la-grippe-utilisable-en-cas-d-allergie-a-l-oeuf-ou-aux-antibiotiques>
37. Ministère des solidarités et de la santé. Calendrier des vaccinations et des recommandations vaccinales 2020 [Internet]. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_29juin20.pdf

38. Haute Autorité de Santé. Décision n° 2018.0117/DC/SEESP du 25 juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation vaccinale relative à l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination contre la grippe [Internet]. 2018 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2867274/fr/decision-n-2018-0117/dc/seesp-du25-juillet-2018-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-de-la-recommandation-vaccinale-relative-a-l-extension-des-competences-des-professionnels-de-sante-en-matiere-de-vaccination-contre-la-grippe

39. Haut Conseil de Santé Publique. Avis du 17 mars 2017 relatif à la formation des pharmaciens d'officine à la vaccination contre la grippe [Internet]. 17 mars 2017 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=617>

40. Merani S, Pawelec G, Kuchel GA, McElhaney JE. Impact of Aging and Cytomegalovirus on Immunological Response to Influenza Vaccination and Infection. *Front Immunol.* [Internet] 17 juil 2017 [cité 12 oct 2020];8:784. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5512344/>

41. Bonmarin I, Belchior E, Lévy-Bruhl D. Impact of influenza vaccination on mortality in the French elderly population during the 2000-2009 period. *Vaccine.* [Internet] 25 févr 2015 [cité 12 oct 2020]; 33(9):1099-101. Disponible sur : <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0264410X15000420?via%3Dihub>

42. Lee JKH, Lam GKL, Shin T, Kim J, Krishnan A, Greenberg DP, et al. Efficacy and effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccination for older adults: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Vaccines.* [Internet] 2018 [cité 12 oct 2020];17(5):435-43. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29715054/>

43. Mesvaccins.net. Efluelda [Internet]. 2020 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur : <http://www.mesvaccins.net/web/vaccines/649-efluelda>

44. Kissling E, Rose A, Emborg H-D, Gherasim A, Pebody R, Pozo F, et al. Interim 2018/19 influenza vaccine effectiveness: six European studies, October 2018 to January 2019. *Eurosurveillance* [Internet]. 21 févr 2019 [cité 11 nov 2020];24(8): 1900121. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6446950/>
45. Marinone C, Bastard M, Bonnet P-A, Gentile G, Casanova L. Efficacité d'un traitement préventif par Influenzinum en période hivernale contre la survenue d'un syndrome grippal. *Thérapie* [Internet]. 4 septembre 2017 [cité 11 nov 2020]; 72:465 - 74. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0040595717300355?via%3Dihub>
46. Mathie R, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscilloccinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 28 janv 2015 [cité 11 oct 2020];1:CD001957. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD001957/ARI_oscilloccinumr-homeopathique-pour-prevenir-et-traiter-la-grippe-et-les-syndromes-de-type-grippal
47. Info propolis. La propolis, un remède naturel pour lutter contre la Grippe [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.info-propolis.fr/propolis-contre-la-grippe.htm>
48. Jefferson T, Mar CBD, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 6 juill 2011 [cité 14 nov 2020];2011(7). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993921/>
49. Suess T, Renschmidt C, Schink SB, Schweiger B, Nitsche A, Schroeder K, et al. The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011. *BMC Infect Dis* [Internet]. 26 janv 2012 [cité 12 jan 2020];12 (26). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285078/>

50. Aiello AE, Perez V, Coulborn RM, Davis BM, Uddin M, Monto AS. Facemasks, Hand Hygiene, and Influenza among Young Adults: A Randomized Intervention Trial. PLOS ONE [Internet]. 25 janv 2012 [cité 12 jan 2020];7(1). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266257/>
51. Ministère des solidarités et de la santé. Ne laissons pas les virus nous gâcher l'hiver [Internet]. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/pour-un-hiver-sans-virus/ne-laissons-pas-les-microbes-nous-gacher-l-hiver>
52. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. Recommandations nationales [Internet]. mars 2013 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur : https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2013/03/SF2H_recommandations_air-ou-gouttelettes_2013.pdf
53. Assurance Maladie. Campagne de vaccination contre la grippe : Cette année encore, la grippe va faire très mal. [Internet]. 2019 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=L6cgwCS5H-s&feature=youtu.be>
54. Assurance Maladie. Contre les virus de l'hiver, apprenons les gestes barrières [Internet]. 2019 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=dV8BhqxulQo&feature=youtu.be>
55. Ministère des solidarités et de la santé. Communiqué de presse : Contre la grippe la meilleure des protections c'est la vaccination. [Internet]. 21 octobre 2019 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/communiqu_e_de_presse_grippe-211019.pdf
56. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Diagnostic Santé 2019 : Vendée [Internet]. 2019 [cité 04 oct 2020]. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2019_PDF/2019_diagsante_dept85.pdf
57. INSEE. Populations légales 2017 : Commune de Fontenay-le-Comte. [Internet]. 30 dec 2019 [cité 04 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4269674?geo=COM-85092>

58. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Médecins généralistes. Situation 2020 et évolution. [Internet]. 2020 [cité 11 oct 2020].20.4p. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2320_MED_SPE_generalistes.pdf
59. Branthomme E. Démographie médicale au 01.01.2020 Arrondissement de Fontenay le Comte [Internet]. 2020 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur : <https://ordremedecin85.jimdofree.com/actualités/démographie-médicale/>
60. Peretti-Watel P, Gautier A, Verger P, Raude J, Constant A, Beck F. Comment attrape-t-on la grippe ? Les croyances des Français en 2010. Rev. épidémiol. santé publique. [Internet] 1 févr 2015 [cité 25 nov 2019];63(1):1-8. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762014007573>
61. AMELI. Tout ce que l'on sait ou croit savoir sur la grippe et son vaccin. Enquête sur les connaissances et attitudes des français [Internet]. oct 2018 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Enquete_Les_Francais_la_grippe_et_son_vaccin.pdf
62. Trong Phuong A. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les femmes enceintes d'Ile-de-France en 2016-2017 et déterminants de non-vaccination [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Descartes. Faculté de Médecine; 2018. [cité 25 nov 2019] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303771/document>
63. Cordonnier C. Perceptions et attitudes des internes de médecine générale et des étudiants en maïeutique face à leur vaccination antigrippale. Une enquête transversale à la faculté de médecine de Nancy [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy, France] : Université de Lorraine. Faculté de médecine;2018 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_CORDONNIER_CLEMENCE.pdf

64. M. Vigroux Massol. Couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé libéraux dans le bassin de santé de Rodez. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France] : Université Toulouse III-Paul Sabatier. Faculté de médecine; 2018 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2287/1/2018TOU31066.pdf>
65. Juhel A. Étude des connaissances sur la grippe saisonnière et ses complications chez des patients de médecine générale de différentes régions de l'île de la Réunion relevant de l'indication de vaccination antigrippale. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] : Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales; 2015 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01188063/document>
66. Collèges des économistes de la santé. Les inégalités sociales de santé [Internet]. 2010 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur : https://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_1-2010.pdf
67. Pôle emploi. Demandeurs d'emploi dans les pays de la Loire au 3ème trimestre 2020. [Internet]. 2020 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.observatoire-emploi-paysdelaloire.fr/static/medias/5f97ffbf48bf4984494240.pdf>
68. Passage MG-D. Réalisation effective et tolérance des mesures barrières (port d'un masque et lavage des mains) par les patients pris en charge par leur médecin généraliste pour un syndrome grippal. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Descartes. Faculté de Médecine; 2014 [cité 25 nov 2019] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01100970>
69. Kuentzmann P. Prise en charge de la grippe saisonnière en cabinet de médecine générale en Alsace. [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France] : Université de Strasbourg. Faculté de médecine de Strasbourg; 2019. 257p.
70. Haut Conseil de Santé Publique. Avis du 29 octobre 2020 relatif à l'actualisation de la liste des facteurs de risque de forme grave de Covid-19 [Internet]. 29 octobre 2020 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=942>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Patients ciblés par la vaccination antigrippale annuelle

ANNEXE 2 : Note explicative et questionnaire patient

ANNEXE 3 : Note d'information à l'intention des secrétaires participant au recueil de questionnaires

ANNEXE 4 : Affiche de prévention contre la grippe diffusée par l'OMS

ANNEXE 5 : Liste exhaustive des antécédents listés par les patients

ANNEXE 1 : Patients ciblés par la vaccination antigrippale annuelle

Les personnes âgées de 65 ans et plus

Les femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse

Toute personne à partir de l'âge de 6 mois, atteinte d'une des pathologies suivantes :

- Affections broncho-pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14
- Insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause
- Maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale
- Dysplasies broncho-pulmonaires
- Mucoviscidose
- Cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec HTAP et/ou insuffisance cardiaque
- Insuffisances cardiaques graves
- Valvulopathies graves
- Troubles du rythme grave justifiant un traitement au long cours
- Maladie des coronaires
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot)
- Paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique
- Néphropathies chroniques graves et syndromes néphrotiques
- Drépanocytoses
- Diabètes de type 1 et de type 2
- Déficits immunitaires primitifs ou acquis
- Maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose

Personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge

Les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m², sans pathologie associée ou atteintes d'une pathologie autre que celles citées ci-dessus

Entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie, atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique, ou neuromusculaire ou d'une affection longue durée. Entourage des personnes immunodéprimées

En milieu professionnel, les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère. Le personnel navigant des bateaux de croisière et des avions, et le personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides)

Vaccination info service. Indications du vaccin antigrippal. Disponible sur : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Grippe-saisonniere>

ANNEXE 2 : Note explicative et questionnaire patient

Enquête grippe 2020 – SASPAS Fontenay le Comte

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale, une étude est actuellement réalisée au sein du service des consultations SASPAS des urgences de Fontenay le Comte. Cette étude a pour objectif de décrire les connaissances actuelles des patients de médecine générale au sujet de la grippe saisonnière et de ses techniques de prévention. Ce questionnaire vous a été remis pour participer à cette étude. Il est anonyme et les données recueillies seront uniquement exploitées pour mon travail de thèse. Merci de le remettre ensuite au médecin lors de votre consultation. Vous êtes également libres de refuser de participer à cette étude et dans ce cas ne pas remplir ce questionnaire.

1) Quel âge avez-vous ?

.....

2) Quel est votre sexe ?

Homme Femme

3) Avez-vous à ce jour un médecin traitant ?

OUI NON

4) Quels sont vos antécédents médicaux (maladie chronique, problème de santé nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement quotidien comme par exemple diabète, hypertension...)?

.....
.....
.....
.....

Quel est votre poids ? Et votre taille ?

Si vous êtes une femme, êtes-vous actuellement enceinte ? OUI NON

5) Êtes-vous vacciné contre la grippe cette année ?

OUI NON

6) Pensez-vous faire partie des personnes devant se faire vacciner contre la grippe ?

OUI NON Ne sait pas

Si oui, et que vous n'êtes pas vacciné cette année pourquoi ?

- Vous n'avez pas reçu de prescription pour ce vaccin
- Vous n'avez pas reçu d'information au sujet de ce vaccin
- Vous n'avez jamais fait la grippe
- Le vaccin contre la grippe est inefficace
- Le vaccin contre la grippe est dangereux
- Le vaccin contre la grippe donne la grippe
- Vous êtes contre les vaccins en général
- Autre :

7) Quels symptômes sont évocateurs pour vous de la grippe ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur abdominale | <input type="checkbox"/> Courbatures |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Mal de gorge | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Fatigue générale |
| <input type="checkbox"/> Diarrhées | <input type="checkbox"/> Nez qui coule |

8) Estimez-vous la grippe comme une maladie ?

Rare	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fréquente
Jamais grave	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Toujours grave

9) Selon vous de quelle manière la grippe se transmet-elle ?

- Par contact avec la peau d'une personne infectée
- Par les gouttelettes de salive d'une personne infectée (toux, crachats, parole)
- Par voie aérienne en partageant le même lieu public qu'une personne infectée
- Ne sait pas

10) La grippe nécessite-t-elle un traitement antibiotique ?

- OUI NON Ne sait pas

11) Doit-on se faire vacciner contre la grippe lorsque l'on est enceinte pendant la période hivernale ?

- OUI NON Ne sait pas

12) Le vaccin de la grippe peut-il être responsable de l'infection de grippe ?

- OUI NON Ne sait pas

13) Est-ce que l'on peut faire la grippe même en ayant été vacciné ?

- OUI NON Ne sait pas

14) Connaissez-vous les « gestes barrières » pour éviter la transmission de la grippe ?

- OUI NON

Si oui, pouvez-vous les citer ?

.....
.....
.....
.....

15) Est-ce que vous pratiquez ces gestes barrières au quotidien ?

- OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) pratiquez-vous ?

.....
.....
.....
.....

16) Quelles ont été vos sources d'information au sujet de la grippe ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Forum de discussion |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Famille |

- Infirmier
- Sage-femme
- Télévision/radio
- Affiches publicitaires
- Amis
- Voisins
- Autorités officielles de santé (Santé publique France, HAS, AMELI....)
- Autre :

17) Pensez-vous avoir été suffisamment informé au sujet de la grippe ?

- OUI
- NON

18) Avez-vous des suggestions concernant les méthodes de prévention ou d'information au sujet de la grippe ?

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 3 : Note d'information à l'intention des secrétaires participant au recueil de questionnaires

Information Thèse Marie

Le questionnaire thèse est à remettre à tout patient venant en consultation SAPAS pour qu'il le remplisse en salle d'attente.

Les patients suivants **ne doivent pas** remplir le questionnaire :

- les patients migrants consultant via le CADA ou tout autre patient ne parlant pas le Français
- les personnes majeures sous tutelle ou curatelle
- les patients ayant déjà rempli le questionnaire à une précédente consultation

Pour les consultations d'enfant, proposer le questionnaire à l'accompagnant.

Expliquer au patient que ce questionnaire a pour but de faire un état des lieux des connaissances des patients au sujet de la grippe, (objectif de l'étude également présent sur feuille du questionnaire)

Expliquer avant de donner le questionnaire que leur **participation est anonyme et volontaire** (donc autorisés à refuser de participer).

Merci de votre aide !

Marie, interne SASPAS

ANNEXE 4 : Affiche de prévention contre la grippe diffusée par l'OMS

Ce qu'il faut savoir sur la grippe saisonnière

La grippe est une maladie causée par les virus grippaux saisonniers. Ces virus se propagent d'une personne à l'autre.

Comment reconnaître la grippe?



Fièvre élevée soudaine



Mal de tête



Toux ou mal de gorge



Douleurs musculaires

Que faire quand vous avez la grippe?



Couvrez votre bouche quand vous toussiez, ou éternuez dans votre bras / coude ou dans un mouchoir



Lavez-vous les mains fréquemment



Reposez-vous



Buvez beaucoup d'eau et mangez des aliments nutritifs



Consultez un médecin, si vous ne vous améliorez pas, ou si vous faites partie d'un groupe à risque élevé

Comment prévenir la grippe?

Se faire vacciner contre la grippe chaque année est le meilleur moyen de prévenir la grippe



La vaccination est particulièrement importante pour les personnes à haut risque de complications secondaires suite à une grippe :

- femmes enceintes
- les personnes de plus de 65 ans
- les enfants de 6 mois à 5 ans
- les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques
- les personnes qui vivent avec, ou prennent soin des personnes à haut risque

 Organisation mondiale de la Santé

Programme **D'URGENCES** SANITAIRES

ANNEXE 5 : Liste exhaustive des antécédents listés par les patients

Antécédent	Nombre de citations
Arthrose	4
Asthme	13
Accident vasculaire cérébral	9
Bipolarité	1
BPCO	5
Cancer du sein	8
Cancer du testicule	1
Colectomie	3
Colique néphrétique	4
Conisation HPV/ Cancer col de l'utérus	4
Maladie de Crohn/RCH	4
Dépression	16
Diabète	34
Discopathie	3
Dyslipidémie	9
Endométriose	1
Épilepsie	3
Fibromyalgie	1
Fibrillation auriculaire	2
GEU	2
Grippe	5
Grossesse en cours	2
Hypertrophie bénigne de prostate	1
Hémorragie méningée	1
Maladie de Hogkin	2
HTA	53
Hyperthyroïdie	5
Hypothyroïdie	2
Hystérectomie	3
Infarctus du myocarde	7
Insuffisance cardiaque	6
Lupus	1
Maladie de Fahr	1
Obésité	6
Poumons de fermier	1
Psoriasis	5
SAOS	6
Sarcoidose	1
Schizophrénie	3
Syndrome de Raynaud	1
Spondylarthrite ankylosante	1
Tabagisme actif	52
Toxicomanie active	7
Pontage coronarien	2
Thrombose veineuse profonde	9

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. REPARTITION PAR SEXE DE LA POPULATION.....	36
TABLEAU 2. DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT	37
TABLEAU 3. ANTECEDENTS FAISANT ENTRER LES PATIENTS DANS LA CATEGORIE « POPULATION A RISQUE ».....	37
TABLEAU 4. POPULATION A RISQUE PARMIS NOTRE POPULATION D'ETUDE	38
TABLEAU 5. REALISATION DU VACCIN CONTRE LA GRIPPE CETTE ANNEE	38
TABLEAU 6. COMPARAISON DU STATUT VACCINAL POUR L'ANNEE EN COURS ET DE L'INDICATION REELLE A SE FAIRE VACCINER CONTRE LA GRIPPE	38
TABLEAU 7. CONNAISSANCE DE SON INDICATION PERSONNELLE A ETRE VACCINE CONTRE LA GRIPPE EN FONCTION DU TYPE DE PATIENT.....	39
TABLEAU 8. COMPARAISON DU STATUT VACCINAL ET DE LA CONNAISSANCE PAR LE PATIENT DE SON INDICATION PERSONNELLE A SE FAIRE VACCINER CONTRE LA GRIPPE.....	40
TABLEAU 9. FREINS A LA VACCINATION EVOQUES PAR LES PATIENTS	40
TABLEAU 10. SCORE DE BONNE REponse CONCERNANT LES SYMPTOMES DE LA GRIPPE ...	41
TABLEAU 11. SCORE DE BONNE REponse CONCERNANT LE MODE DE TRANSMISSION DE LA GRIPPE.....	43
TABLEAU 12. INDICATION DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DANS L'INFECTION GRIPPAL	44
TABLEAU 13. COMPARAISON DES CONNAISSANCES AU SUJET DE LA GRIPPE ENTRE LES PATIENTS A RISQUE ET LES PATIENTS NON A RISQUE	45
TABLEAU 14. VACCINATION CONTRE LA GRIPPE AU COURS DE LA GROSSESSE	46
TABLEAU 15. RESPONSABILITE DU VACCIN SUR LA CONTRACTION DE LA GRIPPE.....	46
TABLEAU 16. PROTECTION CONFEREE PAR LE VACCIN	47
TABLEAU 17. SCORE DES REponses CONCERNANT LE VACCIN	47
TABLEAU 18. COMPARAISON DES CONNAISSANCES AU SUJET DU VACCIN ENTRE LES PATIENTS A RISQUE ET LES PATIENTS NON A RISQUE	48
TABLEAU 19. COMPARAISON DES REPRESENTATIONS AU SUJET DE LA MALADIE EN FONCTION DU STATUT VACCINAL	48
TABLEAU 20. COMPARAISON DES REPRESENTATIONS AU SUJET DU VACCIN EN FONCTION DU STATUT VACCINAL	49
TABLEAU 21. CONNAISSANCE DES GESTES BARRIERES	50
TABLEAU 22. DETAIL DES GESTES BARRIERE CITES PAR LES PATIENTS	50
TABLEAU 23. APPLICATION DES GESTES BARRIERES	51
TABLEAU 24. DETAIL DES GESTES BARRIERES QUE LES PATIENTS DECLARENT APPLIQUER .	51
TABLEAU 25. COMPARAISON DES CONNAISSANCES AU SUJET DES GESTES BARRIERES ENTRE PATIENTS A RISQUE ET PATIENTS NON A RISQUE	52
TABLEAU 26. SENTIMENT D'INFORMATION REÇUE SUR LA GRIPPE.....	54
TABLEAU 27. COMPARAISON DES CONNAISSANCES AU SUJET DE LA GRIPPE ENTRE LES PATIENTS SUIVIS ET NON SUIVIS PAR UN MEDECIN TRAITANT	55
TABLEAU 28. COMPARAISON DES REPRESENTATIONS AU SUJET DE LA MALADIE ENTRE LES PATIENTS SUIVIS ET NON SUIVIS PAR UN MEDECIN TRAITANT	56
TABLEAU 29. COMPARAISON DU STATUT VACCINAL DE LA POPULATION A RISQUE ENTRE LES PATIENTS SUIVIS ET NON SUIVIS PAR UN MEDECIN TRAITANT	57

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1. AFFICHE SUR LES MESURES BARRIERES DESTINEES AU GRAND PUBLIC	26
FIGURE 2. DIAGRAMME DE FLUX	35
FIGURE 3. REPARTITION PAR AGE DE LA POPULATION	36
FIGURE 4. NOMBRE DE CITATIONS DE CHACUN DES SYMPTOMES PROPOSES	41
FIGURE 5. FREQUENCE ESTIMEE DE LA GRIPPE SUR UNE ECHELLE DE 1 A 9 PAR LES PATIENTS	42
FIGURE 6. GRAVITE ESTIMEE DE LA GRIPPE SUR UNE ECHELLE DE 1 A 9 PAR LES PATIENTS	42
FIGURE 7. CONNAISSANCE DU MODE DE TRANSMISSION DE LA GRIPPE	43
FIGURE 8. SOURCE D'INFORMATION DES PATIENTS AU SUJET DE LA GRIPPE	53

EVALUATION DES CONNAISSANCES DE LA POPULATION DE MEDECINE GENERALE AU SUJET DE LA GRIPPE ET SES TECHNIQUES DE PREVENTION**RESUME**

Introduction : La grippe, infection respiratoire virale fréquente de l'hiver, est un problème majeur de santé publique de par ses épidémies annuelles et ses complications mortelles chez les patients à risque. Le traitement de la grippe est limité, avec une efficacité des antiviraux débattue et leur utilisation peu répandue en pratique de médecine de ville. Le meilleur moyen de lutter contre la grippe est donc la prévention composée du vaccin et des mesures barrières. Nous nous sommes donc intéressés aux croyances et représentations de la population de médecine générale au sujet de la grippe saisonnière, des mesures barrières et du vaccin.

Méthodologie : Étude observationnelle menée auprès des patients consultant l'interne SASPAS des urgences de Fontenay le Comte du 3 février au 16 mars 2020. Les données ont été recueillies sur un mode déclaratif à l'aide d'un questionnaire papier anonyme rempli en autonomie par le patient après recueil de son consentement oral. Les variables étudiées étaient les symptômes de la grippe, son mode de transmission, sa fréquence, sa gravité, l'indication du traitement antibiotique, la connaissance et l'application des gestes barrières. Nous nous sommes également intéressés aux représentations au sujet du vaccin antigrippal, aux sources d'informations du patient et à l'impact du médecin traitant sur l'ensemble de ces variables.

Résultats : Notre étude a inclus 297 patients, avec un sex-ratio de 1,03 et un âge moyen de 54,23 ans. 49,5% appartiennent à la « population à risque ». Les patients associent la grippe à la présence de fièvre (96%) et de myalgies (88%) mais peu aux signes respiratoires (la toux est citée dans 50% des cas). Les gouttelettes de salive sont identifiées comme seul mode de transmission dans 26,26% des cas et 35,02% n'ont pas choisi ce mode de transmission. La gravité est estimée à 5,68/9. On observe une couverture vaccinale de 49,66% de la population à risque et des doutes au sujet du vaccin (49,2% convaincus de son innocuité). 78,8% connaissent les gestes barrières et 62,3% les appliquent, le lavage des mains étant la mesure la plus citée et appliquée. Certaines mesures connues ne sont pas appliquées (port du masque et isolement des personnes malades). Les deux sources d'information préférentielles du patient sont le médecin traitant et les médias. Les patients suivis par un médecin traitant ont une meilleure connaissance du mode de transmission de la grippe et des gestes barrières. Ils déclarent également plus les appliquer et sont plus vaccinés.

Conclusion : Notre étude révèle une mauvaise reconnaissance des symptômes de la grippe et de son mode de transmission. Le vaccin souffre d'a priori ce qui est illustré par une couverture vaccinale insuffisante de notre population. En revanche, les gestes barrières semblent être une mesure acceptée par les patients et il apparaît que certaines mesures sont plus appliquées que d'autres. Ces données sont d'autant plus encourageantes qu'elles ont été recueillies avant la pandémie de COVID-19 en France. Toutefois le format déclaratif de notre recueil nécessite d'être confirmé, par exemple par une analyse de l'application effective de ces gestes barrières.

MOTS-CLES : GRIPPE, PREVENTION PRIMAIRE, VACCIN, MEDECINE GENERALE