



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard Lyon 1

Faculté de Médecine Lyon Sud

N° 184

Année 2017

**Explorations des hésitations vaccinales des
médecins généralistes libéraux en région
Auvergne-Rhône-Alpes**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à l'Université Claude Bernard Lyon 1

le 06/07/2017

pour l'obtention du grade de Docteur de Médecine

par

Damien Méot

Né le 12 mai 1986 à Saint Martin d'Hères (38)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

LISTE DES ENSEIGNANTS 2016-2017

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillessement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX François	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie

GIAMMARILE Francesco
GLEHEN Olivier
JOUANNEAU Emmanuel
LANTELME Pierre
LEBECQUE Serge
LINA Gérard
LONG Anne
LUAUTE Jacques
MAGAUD Jean-Pierre
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RIOUFFOL Gilles
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
RUFFION Alain
SANLAVILLE Damien
SAURIN Jean-Christophe
SEVE Pascal
TEBIB Jacques
THOBOIS Stéphane
TRILLET-LENOIR Véronique
TRONC François

Biophysique et Médecine nucléaire
Chirurgie Générale
Neurochirurgie
Cardiologie
Biologie Cellulaire
Bactériologie
Médecine vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Hémato ; transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Cardiologie
Biochimie et Biologie moléculaire
Urologie
Génétique
Hépatogastroentérologie
Médecine Interne, Gériatrique
Rhumatologie
Neurologie
Cancérologie ; Radiothérapie
Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
BARREY Cédric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
BREVET-QUINZIN Marie
CHAPET Olivier
CHOTEL Franck
COTTE Eddy
DALLE Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
GILLET Pierre-Germain
HAUMONT Thierry
KASSAI KOUPI Berhouz
LASSET Christine
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe

Anesthésie-Réanimation Urgence
Neurochirurgie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cancérologie, radiothérapie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Dermatologie
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire,
Physiologie
Hématologie
Biologie Cell.
Chirurgie Infantile
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Epidémiologie., éco. santé
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie

PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel
REIX Philippe
SALLE Bruno

SERVIEN Elvire
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
WALLON Martine
WALTER Thomas

Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes
Pédiatrie
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Chirurgie Orthopédique
Thérapeutique
Physiologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre

Pédiatrie

BRUNEL SCHOLTES Caroline
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DESESTRET Virginie
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe
VUILLEROT Carole

Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cytologie – Histologie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne
DEMILY Caroline
FRIGGERI Arnaud
HALFON DOMENECH Carine
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SUBTIL Fabien
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent

Rhumatologie
Psy-Adultes
Anesthésiologie
Pédiatrie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Génétique
Bactério-viro
Biostats
Hématologie
Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Yves GILLET

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Madame le Professeur Florence ADER

Monsieur le Docteur Christophe PIGACHE (directeur de thèse)

Monsieur le Docteur François VIE LE SAGE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves Gillet

Tu me fais l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse,

Je te remercie de l'intérêt que tu as eu pour mon travail, de ton aide et de ta disponibilité. Sois assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être membre de mon jury de soutenance de thèse.

L'intérêt que vous avez pour mon travail me touche. Veuillez recevoir ma plus grande considération.

A Madame le Professeur Florence Ader

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury. J'ai eu le plaisir de pouvoir travailler avec vous en tant qu'étudiant dans votre service de maladies infectieuses, ce fut un plaisir et une source d'inspiration.

Soyez assurée de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christophe Pigache

Christophe, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de l'intérêt que tu as pour mon travail. J'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler avec toi. Je te remercie pour ta bienveillance et ta disponibilité. Sois assuré de mon grand respect et ma plus grande gratitude.

A Monsieur le Docteur François Vié Le Sage

Cher François, tu me fais l'honneur de participer à mon jury de soutenance de thèse et j'en suis très heureux. Je tiens à te remercier pour ton aide et ta bienveillance tout de long de ces années, sois assuré de ma plus grande reconnaissance. Tu as largement inspiré ce travail.

A mes parents, je vous aime, sans vous je ne serai rien, ou pas grand-chose. Je vous suis infiniment reconnaissant pour votre infaillible soutien, votre aide et votre bienveillance qui m'ont permis d'en arriver là. Vous êtes une source d'inspiration de tous les jours. Vous avez mon plus profond respect. Jamais je ne pourrais vous remercier assez. Je suis fier de vous.

A mes frères et mes grands-parents, votre aide a été précieuse, vos encouragements inestimables.

A ma belle-famille, je vous remercie pour votre aide, et vos encouragements, vous avez ma plus grande gratitude. Je suis heureux de faire partie de votre famille.

A mes amis, vous avez toujours été là pour moi, merci pour votre soutien et vos encouragements. Vous m'avez donné la force dont j'avais besoin. Vous avez éclairé mon chemin. J'ai énormément de chance de vous avoir. Merci.

Aux Professeurs Dominique Plantaz et Philippe Wicart. Vous m'avez soigné, sauvé et inspiré, vous avez cru en moi. Veuillez accepter mon respect le plus profond et le plus humble. Merci.

A Alain et Monique Nesme et votre association Arc-en-ciel, vous avez réalisé mon rêve au moment où ma vie devenait un cauchemar, vous avez ravivé le feu qui brûle en moi. Merci infiniment.

Merci à mes maîtres de stages, notamment les Docteur Armand Terzian et Docteur Marie Puget, votre bienveillance et vos enseignements sont une grande source d'inspiration dans mon travail, soyez assurés de mon profond respect.

Merci à la première faculté de l'Université Charles de Prague, où tout a commencé. Merci au Professeur Kittnar pour sa bienveillance.

A mes amis à l'étranger, parfois côtoyés trop brièvement.

A ma moitié, mon amour. La route a été longue avec beaucoup de chemins de traverse mais tu as toujours été là. Ma lumière. Notre amour est notre force, notre avenir est notre détermination. Merci pour ton aide, finalement il y a un peu de toi aussi dans ce travail. Merci pour tes encouragements et ton soutien toutes ces années, d'avoir cru en nous et en moi. Je suis fier de toi et de nous.

To my dear little boy. Loving you is one of the most profound, intense experiences of my life. You are joy and kindness. I never would have thought you could teach me so much.

To my child to come, I can't wait to meet you.

*Out of the night that covers me,
Black as the pit from pole to pole,
I thank whatever gods may be
For my unconquerable soul.*

*In the fell clutch of circumstance
I have not winced nor cried aloud.
Under the bludgeonings of chance
My head is bloody, but unbowed.*

*Beyond this place of wrath and tears
Looms but the Horror of the shade,
And yet the menace of the years
Finds and shall find me unafraid.*

*It matters not how strait the gate,
How charged with punishments the scroll,
I am the master of my fate :
I am the captain of my soul.*

Invictus, William Ernest Henley. 1931.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

TABLE DES ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BCG : vaccin Bilié de Calmette et Guérin, ou vaccin anti-tuberculose

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

ECDC : *European Center for Disease prevention and Control* (Centre européen de prévention et contrôle des maladies)

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : *Human Papillomavirus* (Papillomavirus humain)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole

SEP : Sclérose en Plaques

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	13
II. METHODES	14
III. RESULTATS.....	18
1. Caractéristiques de la population :	18
2. Déroulement des entretiens :	19
3. Analyse transversale des entretiens :	23
3.1 Les réticences :	23
3.2 La pratique médicale :	34
3.3 Attitude envers les patients hésitants :	42
3.4 Comment améliorer la couverture vaccinale en France :	46
IV. DISCUSSION.....	49
1. Forces de l'étude :	49
2. Limites de l'étude :	51
3. Discussion des résultats :	52
3.1 La sécurité vaccinale :	52
3.2 Une confiance érodée à tous les niveaux :	55
3.3 Le calendrier vaccinal :	56
3.4 Influences sur la pratique médicale :	60
3.5 Faux certificats :	61
3.6 La concertation citoyenne :	62
3.7 Comparaison des réticences des médecins avec celles des patients :	64
3.8 Solutions proposées pour améliorer la couverture vaccinale :	68
V. CONCLUSION	71
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	73
VII. ANNEXES.....	77

I. INTRODUCTION

La vaccination est considérée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme la deuxième avancée du 20^{ème} siècle après l'eau potable. Elle a notamment permis l'éradication complète de la variole, ainsi qu'une quasi-totale disparition de la poliomyélite (1).

Cependant, avec la généralisation des campagnes de vaccination et le recul des maladies qu'elle cible, la vaccination subit une perte de confiance, de la part du grand public (les patients) mais aussi de la part des professionnels de santé, notamment les médecins, qui sont les principaux prescripteurs de vaccins. L'expression de ce manque de confiance envers la vaccination peut aller de l'accord inconditionnel au refus le plus total (2), souvent soutenu par des mouvements anti-vaccination. Bien entendu, ces comportements antivaccins ne sont pas nouveaux, et remontent aux tous débuts de la vaccination, en 1796 avec le vaccin contre la variole de Jenner (3). L'importance croissante de cette perte de confiance a conduit à introduire le terme d'hésitation vaccinale (*vaccine hesitancy*), qui a été définie comme : « le retard à l'acceptation ou le refus des vaccins, malgré la disponibilité de services de vaccination. L'hésitation vaccinale est complexe et dépendante du contexte, variable dans le temps, le lieu, et en fonction des vaccins. Elle est influencée par des facteurs comme la complaisance, la commodité et la confiance. » (2).

Du fait de leur nombre, les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de vaccins en France. De plus, les médecins, dont les médecins généralistes, sont une des plus grandes sources d'information des patients et donc un déterminant majeur de l'hésitation vaccinale (4). Par ailleurs, les professionnels de santé ont aussi des doutes quant à la sécurité vaccinale et une perte de confiance envers les autorités de santé, et certains vont jusqu'à être contre la vaccination en général (5). Cet extrême est illustré par l'adhésion et l'activisme de certains médecins pour le mouvement anti-vaccinal, qui de par leur notoriété et leur grade académique peuvent avoir un impact très important sur l'hésitation vaccinale des patients (6). La couverture vaccinale en France, bien que bonne pour les vaccins obligatoires (DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) reste insuffisante, voir médiocre pour les autres vaccins (7).

Dans une étude récente il a été conclu que les médecins généralistes sont un pilier fondamental de la coopération des patients à la vaccination (8). Nous pouvons supposer que les réticences des patients puissent découler des réticences de leur médecin généraliste. L'hypothèse que nous formulons est donc la suivante : les réticences des médecins généralistes pourraient être similaires à celles des patients. L'étude de Mergler *et Al.* de 2013 montrait que les convictions des patients coïncidaient avec celles de leurs médecin généraliste (étude menée sur 1 367 parents et 551 médecins) (9).

Il est évident que ce problème est complexe, ce travail a donc été réalisé afin de mettre en évidence les hésitations vaccinales que peuvent avoir les médecins généralistes, dont le rôle et l'influence qu'ils ont sur les patients sont indéniables.

II. METHODES

1. Recherche bibliographique :

Une bibliographie de la littérature a été réalisée, par périodes, avant et après la réalisation des entretiens, soit de mai 2016 à mai 2017.

Les mots et expressions suivantes, par exemple, ont été utilisés dans la banque de données PUBMED : « vaccine hesitancy », « healthcare workers », « general practitioner », « family practice ».

Les équations de recherche qui ont pu donner des résultats sont, entre autres :

- (vaccine hesitancy) AND healthcare workers
- ((vaccine) AND hesitancy) AND general practice

De la même façon, les bases de données suivantes ont été consultées avec des équations de recherche semblables : CAIRN, SUDOC et COCHRANE. Les mots clefs étaient, par exemple : « hésitation vaccinale », « réticences », « médecine générale », « médecins généralistes ».

Pour finir, le moteur de recherche GOOGLE® a été utilisé, ainsi que les sites du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de la Concertation citoyenne sur la vaccination.

Pour finir, la recherche a été affinée à partir des bibliographies présentes dans les articles les plus pertinents.

2. Le type d'étude :

Une approche qualitative a été choisie, car elle permettait l'exploration de l'hésitation vaccinale, ses déterminants, le ressenti et le vécu des médecins généralistes interrogés. Afin d'établir un climat de confiance et de briser le sentiment de jugement, nous avons préféré les entretiens semi-dirigés plutôt que les focus-groupes. Cela permet aussi des propos plus personnels sans peur du jugement et influence du groupe.

3. La population :

Les médecins généralistes sont le centre du sujet de ce travail. Ils devaient être installés en libéral et pratiquer la médecine générale. La pratique d'autres activités complémentaires n'était pas un critère d'exclusion.

4. Le recrutement :

Le recrutement des médecins généralistes participants a été fait par démarchage téléphonique en appelant directement les médecins dans leurs cabinets.

La sélection des médecins recrutés a été arbitraire, en utilisant l'annuaire des Pages jaunes® et en contactant les médecins généralistes dans une zone géographique proche du domicile de l'enquêteur et des résidences de sa famille (région Rhône-Alpes-Auvergne). Un rendez-vous a été fixé avec ceux expliquant avoir des réticences à vacciner.

Une première phase de recrutement s'est déroulée entre le 7 octobre 2016 et le 2 janvier 2017. Au total, 31 médecins ont été contactés. 11 d'entre eux ont répondu favorablement. Les raisons de refus étaient variées. Beaucoup disaient ne pas être intéressés par le thème (le recrutement se faisait en donnant le thème du travail). Certains se sont sentis jugés après la communication du thème de recherche et ont pu devenir agressifs. Un des médecins contactés a raccroché au nez de l'enquêteur en disant : « *j'apparais sur liste noire c'est ça ?* »

Une deuxième phase de recrutement a été réalisée entre le 27 mars et le 3 avril 2017 afin de confirmer la saturation des données. Quatre médecins ont été contactés, 2 ont répondu favorablement.

5. Elaboration du guide d'entretien :

Le canevas était divisé en deux parties. La première, plutôt quantitative, visait à caractériser le médecin interrogé. La deuxième partie était le canevas d'entretien à proprement parler.

Il a été discuté et validé par le directeur de thèse, le Dr Christophe PIGACHE.

L'élaboration du canevas d'entretien a été réalisée en accord avec les objectifs de l'étude. Il ciblait les problématiques mises en évidence lors de la réflexion sur le sujet, et suite à la réalisation de la bibliographie, entre autres.

Le but était de privilégier la discussion, la liberté de parole des personnes interrogées. Les entretiens se sont déroulés comme des conversations. Des relances étaient rajoutées comme des sous-questions, afin d'approfondir les idées de façon plus précise, ou de recadrer la discussion.

Il n'y avait pas d'ordre spécifique des questions, en dehors de la première. Le canevas pouvait être modifié en cours d'entretien.

Le canevas utilisé au cours des entretiens est situé en **annexe 1**.

Chaque entretien était débuté par une courte présentation de l'enquêteur et du travail, qui comprenait les conditions d'anonymat et recueillait le consentement du médecin interrogé.

La première question couvrait le calendrier vaccinal en cours, recherchait l'opinion du médecin et son avis sur ce sujet.

Ensuite il était évoqué l'hésitation vaccinale des patients, et leur façon de gérer ces situations dans leur pratique. Elle cherchait aussi à connaître l'avis du médecin sur l'hésitation vaccinale, son opinion sur les réticences.

L'attitude du médecin vis-à-vis de ses propres vaccinations et celle de ses proches était explorée.

Le rapport bénéfice-risque de la vaccination était étudié. Il a été demandé au médecin de parler d'éventuelles situations où il aurait été amené à refuser de vacciner.

Une question recherchait spécifiquement à faire ressortir d'éventuelles réticences à la vaccination que pouvait avoir le médecin.

Finalement, l'entretien était conclu par une ouverture sur d'éventuelles solutions pour améliorer la couverture vaccinale en France.

6. Réalisation des entretiens :

Les entretiens se sont déroulés du 26 octobre 2016 au 13 avril 2017. Comme dit précédemment, les rendez-vous étaient prévus au moment du recrutement téléphonique, le médecin avait le choix du lieu et de l'horaire de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide du téléphone personnel de l'enquêteur, un Oneplus One®, via une application d'enregistrement Easy Voice Recorder®. L'enquêteur tenait à jour un carnet de bord dans lequel il notait les dates et lieux des entretiens, les attitudes non verbales, puis les principales idées de chaque entretien une fois celui-ci terminé.

Les caractéristiques des entretiens sont expliquées dans la partie Résultats de l'étude.

7. Analyse :

Suite à l'enregistrement, chaque entretien était retranscrit intégralement sous forme de fichier texte en utilisant le logiciel Word®. L'intégralité des entretiens est fournie en **annexe numérique**.

Par soucis d'anonymat, les médecins étaient nommés par numéro quand ils étaient cités dans l'étude (exemple : premier médecin interrogé = M1).

Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits puis analysés, soit 13 entretiens au total.

Une fois les entretiens retranscrits, nous avons réalisé une analyse et un encodage par induction ouverte. Une analyse croisée des entretiens a été réalisée par le chercheur (codage des verbatims) suivi d'une validation des occurrences avec le Docteur Christophe PIGACHE, directeur de thèse.

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel de codage NVIVO 11 Pro pour Windows®. Le fichier de codage intégral est fourni en **annexe numérique**.

L'analyse a été faite par groupes, puis de façon transversale. Des entretiens ont été conduits jusqu'à l'obtention de la saturation des données. Les résultats ont été comparés à ceux de la littérature.

Une triangulation des données a été réalisée avec l'aide d'un conseiller, Docteur en médecine, et du directeur de thèse.

L'analyse des verbatims a été conduite selon une approche inductive, sans cadre conceptuel explicite préalable, selon les principes de la théorisation ancrée, dès lors que la question de recherche invitait à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population :

	Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Pratiques complémentaires
<u>Médecin 1</u>	Homme	44 ans	Maison médicale	Urbain	Aucune
<u>Médecin 2</u>	Femme	31 ans	Maison de santé	Rural	Aucune
<u>Médecin 3</u>	Homme	69 ans	Cabinet libéral seul	Rural	Aucune
<u>Médecin 4</u>	Homme	43 ans	Cabinet libéral seul	Urbain	Aromaphytothérapie, médecine manuelle, ophtalmologie
<u>Médecin 5</u>	Homme	59 ans	Cabinet libéral seul	Semi-urbain	Médecine du sport
<u>Médecin 6</u>	Homme	40 ans	Cabinet libéral seul, secteur 3	Semi-urbain	Homéopathie, micronutrition
<u>Médecin 7</u>	Femme	37 ans	Maison de santé pluridisciplinaire, en association	Semi-urbain	Aucune
<u>Médecin 8</u>	Homme	56 ans	Cabinet libéral seul	Semi-urbain	Aucune
<u>Médecin 9</u>	Femme	58 ans	Cabinet libéral seul	Urbain	Homéopathie, phytothérapie, micronutrition
<u>Médecin 10</u>	Femme	59 ans	Cabinet libéral seul	Urbain	Homéopathie, phytothérapie, micronutrition
<u>Médecin 11</u>	Homme	61 ans	Cabinet libéral seul	Urbain	Homéopathie, phytothérapie, nutrition
<u>Médecin 12</u>	Homme	63 ans	Libéral au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire	Urbain	Aucune
<u>Médecin 13</u>	Homme	67 ans	Cabinet libéral seul, secteur 2	Urbain	Homéopathie

2. Déroulement des entretiens :

2.1. Nombre d'entretiens et leur durée :

Un total de 13 entretiens a été réalisé. Le plus court a duré 5 minutes et 27 secondes, contre 53 minutes et 30 secondes pour le plus long, soit une durée moyenne de 26 minutes et 39 secondes.

2.2. Premier entretien :

Le premier entretien a duré 29 minutes et 3 secondes et s'est déroulé dans le bureau du médecin au sein de la maison médicale, neuve, les locaux sont agréables. Très bon accueil, l'interviewer était un peu stressé par ce premier entretien, mais rapidement mis à l'aise par le médecin interrogé. Nous étions au calme, bureau fermé, téléphones éteints afin de ne pas être dérangés, le médecin avait choisi une matinée sans consultation, dédiée à l'entretien. Le médecin était enthousiaste et parlait et répondait facilement.

Le médecin était globalement très favorable à la vaccination. Cependant il a tout de même évoqué quelques réticences, par exemple des antécédents de sclérose en plaques des patients.

2.3. Deuxième entretien :

L'entretien a duré 11 minutes et 30 secondes, avec un jeune médecin, dans son cabinet. Elle était un peu stressée par l'entretien, cependant accueillante envers l'enquêteur. L'entretien s'est déroulé dans son cabinet dans la maison médicale où elle exerce. Nous étions au calme, bureau fermé, à la fin de matinée de consultations. Le médecin était gentil, enthousiaste, son stress était tout de même ressenti tout au long de l'entretien, elle avait du mal à se mettre à l'aise, mais appréciait la démarche.

Globalement favorable à la vaccination aussi, elle évoquait une réticence surtout par rapport au vaccin anti-HPV (PapillomaVirus Humain), mais avait cependant du mal à l'expliquer.

2.4. Troisième entretien :

Entretien de 8 minutes et 10 secondes avec un médecin en fin de carrière. L'entrevue s'est déroulée dans son cabinet, il était peu enthousiaste à la démarche, hésitant à bien vouloir répondre aux questions initialement mais qui a accepté finalement. N'essaie pas de mettre à l'aise l'enquêteur.

Médecin convaincu des bienfaits de la vaccination, cependant le sentiment immédiat était qu'il avait abandonné l'idée de convaincre les gens, ne se « battait » plus pour diminuer les réticences des patients. Pour lui le fond du problème était surtout d'ordre culturel.

2.5. Quatrième entretien :

Entretien de 20 minutes et 38 secondes avec un jeune médecin. On notait la présence de quelques signes religieux bien en évidence dans son cabinet, ce qui met l'interviewer légèrement mal à l'aise, sentiment renforcé par son attitude revendicatrice.

Ce médecin reportait d'un mois les premières vaccinations. Il était globalement réticent, en évoquant en particulier la fabrication des vaccins avec une influence religieuse importante. La notion de population cible est beaucoup ressortie de cet entretien.

2.6. Cinquième entretien :

Entretien de 20 minutes et 50 secondes, qui s'est déroulé dans le cabinet du médecin interviewé, après une matinée de consultations. Médecin en fin de carrière, qui met l'enquêteur à l'aise, l'entretien se déroule du même côté du bureau que lui.

Le médecin interrogé était globalement favorable à la vaccination. Il a introduit la réticence concernant le faible poids de naissance des nourrissons, ainsi que des prématurés avec âge réel ou corrigé. Finalement quelques réticences ont été identifiées.

2.7. Sixième entretien :

Entretien de 14 minutes et 50 secondes avec un jeune médecin, un peu réservé. Installé en secteur 3 dans le but de prendre le temps avec ses patients. Ce praticien était aussi homéopathe et travaillait sur la micronutrition. L'interviewer a été bien accueilli, un peu sur la réserve.

En dehors des réticences qui ont été retrouvées, le médecin se présentait comme un professionnel non scientifique et donnait donc peu d'informations aux patients. Il faisait part de sa réticence par rapport au nombre de vaccins, et vaccinait les patients souvent avec un DTP qu'il commandait directement aux laboratoires. Finalement, il n'était pas convaincu du bénéfice de la vaccination.

2.8. Septième entretien :

Entretien de 22 minutes et 49 secondes, qui s'est déroulé dans le cabinet du médecin. Jeune médecin, réservé, peu à l'aise initialement, mais enthousiaste.

Globalement favorable à la vaccination, sa réticence principale concernait le vaccin anti-HPV. Elle craignait un sentiment de fausse protection des patientes, qui iraient moins se faire dépister avec le frottis cervico-vaginal. Elle ne se sentait pas assez solide pour convaincre les patients.

2.9. Huitième entretien :

Entretien de 5 minutes et 27 secondes dans le cabinet du médecin. Le praticien était pressé, voulait que l'entretien dure le moins longtemps possible, car a posé le rendez-vous au début des consultations de l'après-midi.

Médecin qui était profondément convaincu de l'utilité des vaccinations.

2.10. Neuvième entretien :

Entretien de 37 minutes et 51 secondes, avec un médecin qui semblait enthousiaste à l'idée de participer à l'entretien, accueillant. Elle s'est assise du même côté de son bureau que l'enquêteur, côté patient. Médecin homéopathe, elle pratiquait aussi la micronutrition et la phytothérapie.

Elle était globalement vaccino-sceptique, et avait tendance à repousser les premiers vaccins le plus tard possible, et faisait peu de vaccins.

2.11. Dixième entretien :

Entretien de 30 minutes et 43 secondes qui s'est déroulé au restaurant, avec un médecin qui était d'abord sur la réserve, mais volontaire et enthousiaste, elle essayait de mettre l'enquêteur à l'aise.

Médecin vaccino-sceptique, elle ne vaccinerait pas si cela n'était pas obligatoire. Elle a employé le terme de « poison » pour évoquer les vaccins. Elle a raconté avoir reçu un courrier du Conseil de l'Ordre pour rappeler l'interdiction de rédiger des certificats de report de vaccination. Elle reportait cependant les vaccins le plus tard possible et en administrait le moins possible.

2.12. Onzième entretien :

Entretien de 36 minutes et 20 secondes qui s'est déroulé au restaurant avec un médecin qui parlait peu, l'interviewer devait aller chercher les réponses. Finalement il semblait être mis rapidement en confiance, et s'est « prêté au jeu ».

Médecin qui était vaccino-sceptique, méfiant envers les laboratoires pharmaceutiques. Pour lui, il y avait beaucoup trop de vaccins et repoussait au plus tard possible les premières vaccinations. Il a abordé la réalisation de faux certificats.

2.13. Douzième entretien :

Entretien de 53 minutes et 30 secondes avec un médecin avenant, content de participer à l'entretien. Il répondait facilement aux questions et cherchait à mettre l'interviewer à l'aise. L'entretien s'est déroulé dans un bureau libre de la maison de santé dans laquelle il travaille, pendant une après-midi libre.

Le médecin était très favorable à la vaccination bien que réticent concernant la vaccination anti-HPV (il rappelait le risque de sentiment de fausse protection des patientes, déjà évoqué par Médecin 7). Il a beaucoup été discuté de l'opposition entre vaccins obligatoires et recommandés.

2.14. Treizième entretien :

Entretien 51 minutes et 29 secondes qui s'est déroulé avec un médecin accueillant. Il essayait de mettre l'enquêteur à l'aise et s'est excusé pour son retard. L'entretien a eu lieu dans son cabinet.

Ce médecin pratiquait principalement l'homéopathie.

Il était très convaincu de l'utilité des vaccins obligatoires et du vaccin anti-coqueluche pour lesquels il ne transigeait pas. Cependant, ce praticien était globalement réticent concernant les autres vaccinations.

3. Analyse transversale des entretiens :

3.1 Les réticences :

3.1.1. Les vaccins :

3.1.1.1. Quels vaccins ?

➤ *Vaccin contre l'hépatite B :*

Sept des médecins interrogés étaient réticents à proposer le vaccin contre l'hépatite B. Certains médecins allaient jusqu'à refuser de vacciner.

M10 : « alors après moi je suis très anti-hépatite B donc là je refuse de vacciner par contre, donc là on va aller ailleurs »

M11 : « Oui. Oui. Puisqu'on n'a pas pu trouver ni dans un sens ni dans l'autre à quoi était liée cette sclérose en plaques chez cette gamine donc euh, donc euh, primum non nocere, donc je ne fais pas. »

La peur de provoquer une sclérose en plaques en vaccinant était une réticence évoquée.

M6 : « Enfin, la sclérose en plaque entre autres »

➤ *Vaccin anti-HPV :*

Quatre médecins étaient ouvertement sceptiques à vacciner contre HPV.

M7 : « Par contre j'ai une hésitation sur le GARDASIL® voilà fin GARDASIL® ou vaccination contre l'HPV. »

M11 : « Ce qu'on disait sur le GARDASIL®, j'ai des réticences mais sans véritable raison scientifique. »

Un des médecins a évoqué le manque de recul de la communauté scientifique concernant les bénéfices apportés du vaccin.

M12 : « La principale c'est que quand je vaccine quelqu'un et que je dis je fais un geste pour la santé publique dans mon pays, dans une population, j'aimerais bien avoir le résultat. Le résultat est inconnu,

parce qu'il ne sera au mieux connu que dans 25 à 30 ans. Il y a bien longtemps que je boufferais des pissenlits par la racine. »

Ou encore : « Donc c'est pas la peine pour moi, et c'est, ça c'est un argument très fort, c'est pas la peine de faire un plan sur la comète et de dire aujourd'hui je vaccine toutes les jeunes filles euh youpi et elles seront indemnes du cancer du, du, du col de l'utérus dans 25 à 30 ans, parce que je n'en sais rien. Rien ne me permet de le dire. »

Deux médecins ont évoqué un faux sentiment de protection que pourraient ressentir les patientes vaccinées :

M7 : « je me suis rendue compte qu'il y avait un effet secondaire autre, mental on va dire, du vaccin qui est la possibilité du patient de se sentir euh, enfin de la patiente, de se sentir du coup, protégée. Et qu'elle risque de ne pas faire les examens, les frottis en particulier à partir de l'âge de 25 ans. »

M12 : « Oui, oui, oui, « je suis vacciné je suis protégé », ça j'en suis sûr. J'en suis persuadé, je suis persuadé que les jeunes filles vont, que les jeunes femmes vont raisonner comme ça dans les années qui viennent. »

Un médecin a utilisé l'exemple d'un pays voisin qui utilise très largement le frottis comme dépistage pour argumenter de l'inutilité du vaccin.

M12 : « La preuve (tape sur la table) c'est que en Suède, (tape sur la table), où la, la, la politique volontariste des frottis (tape sur la table) existe, et bien le, le, je sais pas si t'avais regardé les statistiques, mais le, le, l'incidence du cancer du col s'est effondrée, et déjà naturellement dans notre pays en France, même si on n'a pas une politique suffisamment volontariste quoique ça commence à arriver, et bien on a également une diminution naturellement grâce à la, à la prévention par le, par le frottis de ce, de ce cancer du col. »

Il extrapolait ensuite : « Ça veut dire que si on continue la courbe, dans 20 ans il n'y aura plus de cancer du col. Ou très peu. »

Et concluait : « Donc on n'a pas besoin du vaccin. »

Par ailleurs, M11 discutait la balance bénéfice-risque :

M11 : « J'évite de faire le GARDASIL®. Un peu pour les mêmes raisons. C'est un vaccin, GARDASIL® où je suis pas certain que il y ait plus d'avantage que d'inconvénients, euh, donc du coup je le propose pas forcément. »

Il allait jusqu'à dire qu'il partageait les mêmes réticences que celles attribuées au vaccin contre l'hépatite B, notamment concernant le risque de sclérose en plaques.

M11 : « Je suis pas sûr qu'il y ait pas les mêmes, au fond de moi je pense que j'ai les mêmes doutes qu'avec l'hépatite B. »

Un autre praticien évoquait le risque de syndrome de Guillain-Barré :

M2 : « il a pas été démontré formellement qu'il n'y en avait pas. Euh, des Guillain-Barré »

➤ *Autres vaccins évoqués :*

Concernant le BCG (vaccin anti-tuberculose), 4 médecins étaient réticents.

M3 : « Bah il y a des vaccinations qui me posent des problèmes, donc, euh c'est le BCG maintenant. »

Deux autres étaient gênés par le vaccin contre la coqueluche.

M1 : « Donc moi ce qui me gêne le plus c'est la position de la coqueluche parce que y a des gens qui ont jamais eu la coqueluche, alors on dit faites leur quand même un REPEVAX® alors je me demande avec le vaccin, le REPEVAX® si alors vraiment ils peuvent acquérir une immunité avec un seul vaccin, ça ça me gêne un peu. Donc là on impose un peu un vaccin, c'est là que le calendrier est discutable, vous voyez. »

Un seul médecin discutait l'intérêt de vacciner contre la diphtérie.

M10 : « pourquoi vacciner pour la diphtérie, par exemple, qui est presque une maladie qui a été éradiquée »

Trois des médecins interrogés étaient hésitants à vacciner contre la grippe, certains évoquaient la faible efficacité du vaccin.

M13 : « mais d'un autre côté quand euh, il y a eu quand même quelques loupés dans les vaccins de la grippe, où les gens quand même, ont, malgré tout, eu la grippe, parce que les souches étaient pas... »

Un médecin a évoqué une meilleure efficacité de l'homéopathie pour se défendre contre le virus.

M10 : « Non plus, non plus parce que je pense moi au contraire qu'il faut stimuler le système immunitaire des patients, donc nous on leur donne des préparations, euh, de la phyto euh, des, des, des compléments alimentaires pour les aider à être mieux, pour faire face à un virus ».

Concernant le vaccin contre le méningocoque C, deux médecins étaient réticents. L'un d'eux le trouvait inutile :

M9 : « Ben parce que j'ai lu des articles où ils disaient que dans certains pays où ils avaient fait des vaccinations, des campagnes de vaccination beaucoup plus importantes que chez nous, euh, ça avait pas forcément fait baisser l'incidence. »

Un autre évoquait le danger d'une éventuelle sélection des sérotypes non ciblés.

M4 : « La méningite, intérêt intéressant. Mais en France c'est la méningite B qui est la plus importante. Le jour où il y a le binôme, le duo B-C alors là je fonce. Parce qu'il y a un intérêt. Vacciner la C, tous les enfants de la C, on laissera la B circuler les parents vont dire : "ça peut pas être la méningite il a été vacciné mon gamin". Et on va passer avec des B qui vont, qui vont crever le gamin. Parce qu'on aura négligé la B. De façon indirecte. Ça reste caricatural mon propos, le vaccin de la méningite C, je l'entends, il a son intérêt, mais moi je veux le combiné. Et là oui. »

Quatre médecins étaient réticents au vaccin contre le rotavirus. Parmi eux, deux citaient l'invagination intestinale aiguë comme réticence.

M9 : « Et puis il y a quand même eu des cas d'invagination. »

Deux autres évoquaient le problème du prix.

M5 : « Alors, si, quand il y a eu le vaccin contre le rotavirus chez le tout-petit. Celui-là j'ai pas tellement suivi parce que j'avais une population qui était pas très aisée. La gastro-entérite, le si, le ça, moi le malade, 2 fois 60 euros. »

Deux médecins étaient réticents au vaccin contre la varicelle, dont un qui évoquait le sentiment de ne pas avoir de recommandations sur lesquelles s'appuyer.

M5 : « Voilà, sur un vaccin gratuit, j'ai des réticences à vacciner sur la varicelle, parce que je n'ai aucunement de recommandations derrière moi. »

3.1.1.2. Le procédé de fabrication :

Deux des médecins ont évoqué des réticences par rapport au procédé de fabrication des vaccins.

M4 : « Ces fœtus avortés à partir desquels on a immortalisées les lignées pour fabriquer nos vaccins maintenant, est-ce qu'ils sont pas à l'origine de certains maux de notre siècle ? »

M10 : « il me semble que c'était un vaccin qu'était qu'on faisait régulièrement qui était fait sur des cellules de singe venant de l'Inde, l'Inde a dit euh stop, on s'est fourni en Afrique au moment où il y avait le fameux virus Ébola, donc euh, il y a des cultures cellulaires qui sont polluées quoi. »

3.1.2. **Le calendrier vaccinal :**

3.1.2.1. Âge de début et âge corrigé :

L'âge de début des vaccinations revenait fréquemment dans les réticences évoquées par les médecins interrogés. En effet, cinq médecins se questionnaient quant à vacciner dès l'âge de 2 mois.

M11 : « Parce que prendre de l'immunité à un bébé de 2 mois pour lui faire fabriquer des anticorps sans savoir où il en est, comment, en quel état de santé il est, je trouve que c'est trop tôt. »

Il rajoutait : « Il y a un calendrier qui commençait à 4 mois, pour moi me convenait mieux. »

M9 : « Moi ce qui me préoccupe le plus c'est de les vacciner très tôt quand ils sont tout petits là à 2 mois ».

Deux médecins évoquaient le problème de la vaccination des prématurés et de leur âge corrigé, leur faible poids.

M5 : « Donc est-ce que le 2 mois est une bonne... ça. L'immunité, le système immunitaire du tout petit n'est pas lié à sa taille, on aurait pu se poser la question de ce qu'on fait d'un préma de 3 semaines. Il a 2 mois, ou il a 5 semaines ? »

M7 : « Euh, pour les réticences, après, voilà, c'est le, euh, est-ce qu'il faut vraiment vacciner très petit pour les enfants prématurés par exemple ? Et c'est toujours à 2 mois de vie et pas 2 mois d'âge corrigé. Là je suis un peu dans l'interrogation c'est vrai. »

Deux praticiens se posaient la question de la pertinence de la vaccination des nourrissons contre l'hépatite B.

M4 : « L'hexavalent effectivement, me pose un état d'âme, est-ce judicieux de vacciner un nourrisson pour l'hépatite B ? »

3.1.2.2. Nombre de vaccins et nombre de valences :

Le nombre de vaccins et de valences était une réticence partagée par six des médecins interrogés.

M11 : « Trop. Trop c'est trop ! »

M6 : « Donc moi j'utilise 3 valences, après, sinon le nombre de valences c'est un peu comme le calendrier vaccinal, je trouve que, enfin, j'utilise très rarement les vaccins hexavalents et les vaccins pentavalents parce que je trouve que c'est trop, voilà. »

M9 : « Moi c'est ça. Vraiment c'est le jeune âge des enfants avec autant de, de, avec autant de valences, c'est le seul qui me, ma plus grosse réticence c'est ça. »

3.1.2.3. Changement du calendrier vaccinal :

Le changement fréquent du calendrier vaccinal était un problème pour trois médecins.

M1 : « C'est difficile d'avoir une idée, parce que comme il change pratiquement toutes les années, là enfin je crois que ça fait 2 ans qu'il n'a pas changé. »

M13 : « euh, par contre euh, nous on a vu depuis 3 ou 4 ans arriver des, des calendriers vaccinaux qui ont été modifiés, »

Un des médecins allait jusqu'à déplorer l'absence d'uniformité dans les calendriers vaccinaux des différents pays européens.

M13 : « Il y a une chose moi que je trouve un peu, un peu dommageable c'est que a priori on habite euh maintenant c'est l'Europe et que les vaccinations sont pas identiques dans toute l'Europe quoi. »

3.1.2.4. Clivage vaccins obligatoires versus recommandés :

Un seul médecin était réticent à cette différence qui existe entre vaccins obligatoires et recommandés.

M12 : « Oui ben, l'histoire de, de, de, de, de encore une fois de, l'ambigüité entre recommandation et obligation. »

Un autre l'utilisait pour justifier sa pratique vaccinale.

M9 : « et puis donc maintenant il est plus obligatoire donc je me dis ben j'ai peut-être bien fait de pas le faire. »

3.1.3. Le système immunitaire et les maladies auto-immunes :

Quatre des médecins interrogés ont évoqué le problème de l'effet que les vaccins peuvent avoir sur le système immunitaire.

Certains évoquaient une immaturité du système immunitaire.

M9 : « par rapport à un système immunitaire qui est, je pense, pas forcément très mature et que c'est peut-être un peu tôt. »

M10 : « Toujours par rapport à cette fragilité du système immunitaire, qui est pas, qui est pas en place. »

M13 : « Parce que j'ai, en lisant certaines choses, sachant que ayant lu que l'immunité de l'enfant était euh, plus, euh n'était pas complète à la naissance qu'elle se fabriquait, qu'elle, qu'elle grossissait, qu'elle se formait euh progressivement, ben faut attendre que, que ça se formate le mieux possible pour, pour bousculer en quelques sortes le... »

Certains disaient même que les vaccins étaient délétères pour le système immunitaire.

M10 : « Oui, parce que je pense être délétère, alors à court ou à long terme. »

M11 : « Les effets délétères et puis ce que je disais sur euh, l'état immunitaire du bébé. »

Un médecin avait peur que la vaccination participe à un épuisement du système immunitaire.

M9 : « Ah je, moi les réticences c'est ça, de stimuler énormément, enfin qu'il y ait une sollicitation énorme du système immunitaire et que face à une véritable, euh, une grosse infection, est-ce que le système immunitaire sera suffisamment euh, en capacité de répondre, c'est ce que je me pose comme question. »

Ou encore : *« De trop stimuler le système immunitaire ouais. »*

Plusieurs craignaient que la vaccination monopolise la réponse du système immunitaire.

M11 : « Comme je l'explique aux patients, on prend l'immunité pour fabriquer des anticorps, alors que c'est peut-être le moment où l'enfant a besoin de faire d'autres anticorps. »

Des médecins évoquaient leur réticence par rapport au fait de provoquer des maladies en vaccinant.

M9 : « Mes réticences, ben c'est ça, c'est par rapport à des pathologies induites qu'on pourrait éventuellement... »

M13 : « et je, je, je, moi dans, dans j'ai aucune euh notion pour dire euh que, ce que je vais dire est vrai, aucune euh, aucun argument. Mais je me dis quand même qu'on a beaucoup plus d'enfants à notre époque qui ont des allergies, qu'il y a 30 ou 40 ans, et l'une des raisons que l'on, qu'on, qu'on peut éventuellement invoquer c'est le fait de faire beaucoup de vaccins en très très tôt dans, dans la vie. »

Deux médecins craignaient d'induire des maladies auto-immunes en vaccinant leurs patients.

M6 : « ouais enfin tout ce qui est désordres immuno en général oui. »

M11 : « Oui, je vous dis ça fait partie effectivement de l'ensemble de mes réticences »

3.1.4. La piqûre, le geste, l'acte technique :

Le vaccin passe le plus souvent par la réalisation d'une piqûre, geste qui a été évoqué plusieurs fois comme déplaisant. Trois des médecins en ont parlé.

M9 : « J'ai beaucoup de mal moi à vacciner les enfants, à leur faire 2 piqûres dans la même séance, c'est quelque chose que j'aime pas faire. Je suis moi-même maman et j'aime pas, j'aime pas, déjà ça, ça me crispe un peu. »

Concernant le geste technique, il était souvent cité comme difficulté à réaliser le BCG. Ainsi, quatre des médecins disaient ne plus l'administrer, et certains renvoyaient les patients vers d'autres confrères.

M5 : « Le BCG j'ai arrêté de le faire, parce que faire le BCG à un tout petit qui est tenu par ses parents, et qui relâchent la pression dès que le gamin fait "ouin", et moi à ce moment-là, mon aiguille bouge de 4mm. 4mm ça fait environ 10 fois plus que les 0,4mm de profondeur souhaitée. (Rires) »

M3 : « Donc là, je demande aux gens de se faire vacciner par des gens qui en ont la pratique »

Certains allaient même jusqu'à regretter la disparition des formes en multipuncture.

3.1.5. Morale, croyances et religion :

M4 rapportait des questionnements moraux, notamment concernant la fabrication des vaccins à partir de cellules immortalisées de fœtus.

M4 : « Automatiquement ça m'interpelle, je vais pas valider l'utilisation d'un meurtre, le fruit d'un meurtre. »

Un médecin justifiait de ne pas administrer certains vaccins, sur la base de croyances.

M11 : « Ce qu'on disait sur le GARDASIL®, j'ai des réticences mais sans véritable raison scientifique. »

Ou encore : *« J'en sais rien. C'est une conviction personnelle qui ne regarde que euh, moi. »*

Un autre médecin refusait de prescrire ou administrer un vaccin halal.

M4 : « En dehors de celui qui est certifié halal que je ne prescris pas, j'ai le papier comme quoi il est validé halal, (rires), celui-là je le boycotte. »

3.1.6. Adjuvants :

Cinq médecins ont exprimé des réticences par rapport aux adjuvants contenus dans les vaccins.

M10 : « Ben parce que les euh, ben parce que je pense qu'il y a des pathologies qu'on sait pas encore bien déterminer, bien sûr l'autisme, sur euh, sur euh les maladies auto-immunes euh, même dans le euh, je m'occupe un petit peu de Lyme, là en ce moment, de maladies froides, on se rend compte que les métaux lourds ont peut-être une place aussi. »

M7 : « la seule chose, la seule interrogation ça va être les adjuvants. »

Deux médecins comparaient les deux versions du vaccin contre la grippe, avec ou sans adjuvants.

M9 : « Les adjuvants voilà. Quand il y a eu ce vaccin de l'H, contre la grippe H5N1 là, ben il y avait 2 types de vaccins, il y en avait un pour les nourrissons, enfin les enfants et les femmes enceintes, qui avait moins de solvant, d'adjuvants, que l'autre, que l'autre vaccin. Alors on se dit que c'est bien qu'ils

pensaient que l'autre vaccin pouvait éventuellement avoir des, enfin moi c'est des réactions que j'ai eues. »

Les raisons évoquées pour ces réticences étaient variées.

M7 : « La maladie dit d'Alzheimer euh, liée avec, euh, ça serait plutôt Parkinson, avec l'aluminium, j'ai de gros, gros, gros doutes. »

M9 : « Il y a des études qui auraient prouvé que effectivement cet aluminium allait se déposer au niveau du système nerveux. »

M10 : « Ben j'aimerais bien qu'on revienne sur des vaccins, sans aluminium quoi parce que au jour d'aujourd'hui on commence à parler des métaux lourds, on parle l'aluminium dans les maladies dégénératives, c'est quand même important, je sais pas moi ».

3.1.7. Effets indésirables des vaccins :

Les effets indésirables des vaccins ont été mentionnés par six médecins comme des réticences.

M9 : « On n'est pas forcément, on sait pas forcément les conséquences de, de, de tous les vaccins, enfin qu'on peut entraîner, que peuvent entraîner. Alors peut-être qu'il y a des gens chez qui ça fera rien et puis d'autres, enfin voilà. »

Un médecin a rapporté un abcès de fixation.

M1 : « Alors c'est emmerdant parce que ça fait une cicatrice un peu fibreuse inesthétique. »

Deux médecins ont évoqué la BCGite.

M3 : « Ah ben il y a les complications locales qui sont quand même importantes. A cause des complications locales, qui sont fréquentes. »

Deux autres médecins ont évoqué la myofasciite à macrophages.

M7 : « Est-ce que ces maladies sont vraiment, quand on voit la myofasciite à macrophages, etc... »

Deux médecins ont évoqué le syndrome de Guillain-Barré comme réticence à vacciner.

M10 : « Guillain-Barré, ben c'est un peu dommage. »

Trois médecins ont parlé de l'autisme.

M11 : « Ça fait surement parti de mes réticences plus ou moins conscientes. »

Un des médecins a même qualifié les vaccins de poison qu'on injecte.

M10 : « je veux dire quand vous vous dites que dans la seringue vous êtes en train de mettre un poison qui va donner des choses euh, ça vous laisse réfléchir hein ».

3.1.8. Partage des réticences des patients :

Trois médecins disaient partager certaines réticences des patients.

M6 : « Mais les réticences que les patients ont par rapport aux effets secondaires, par rapport aux désordres immunit...euh, aux désordres immunologiques que ça peut amener, par rapport aux désordres immunitaires que ça peut amener pardon. Par rapport à la sclérose en plaques en particulier ou les désordres immunitaires en général je les partage oui. Par rapport aussi au fait que les vaccins contiennent éventuellement de l'aluminium ou des métaux lourds, je le partage aussi ».

M10 expliquait même partager toutes les réticences des patients.

3.2 La pratique médicale :

3.2.1. **La vaccination des médecins et de leurs proches :**

3.2.1.1. Vaccination des médecins :

Sept des médecins disaient être à jour de leurs vaccinations, au moins pour le DTP, et suivre les recommandations vaccinales.

M3 : « Ben moi je me suis fait le vaccin antigrippe, en ce moment j'ai mes rappels anti-tétanos, et diphtérie, DTP, et voilà quoi. Quand je vais voyager à l'étranger, je vais voir des centres de vaccination pour avoir les vaccinations ad hoc »

M8 : « Bah c'est bien à jour oui. »

Trois affirmaient se faire vacciner uniquement contre le tétanos.

M6 : « Moi je me fais juste le tétanos tous, régulièrement ».

Un seul médecin disait ne pas se faire de vaccins du tout depuis plusieurs années.

M10 : « moi j'étais encore à l'hôpital euh, puis à un moment donné je me suis dit que c'était ben cette réflexion est arrivée puis depuis je me suis pas fait revaccinée. »

Cinq des médecins disaient se faire vacciner contre la grippe chaque année, alors que cinq autres affirmaient le contraire.

3.2.1.2. Vaccination de leurs proches :

Concernant leurs proches, les médecins ont principalement parlé de leurs enfants.

Trois d'entre eux n'avaient fait que le minimum légal.

M6 : « Moi pour mes propres enfants ouais, enfin j'ai fait, j'ai fait aussi le minimum obligatoire pour ce qui est de mes propres enfants. »

M11 : « Famille, j'ai le même discours aussi, je réfléchis euh, pour mes enfants. Oui ils ont eu que l'obligatoire. Le DTP. Et ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), euh, ils l'ont pas eu. Il a eu avant les oreillons, comme j'avais retardé, donc mon fils n'a pas eu le ROR. Puisqu'il avait eu les oreillons. »

Un seul des médecins n'avait fait aucun vaccin à ses enfants.

M10 : « J'ai 2 enfants, ils sont pas vaccinés. »

3.2.2. Facteurs influençant la pratique vaccinale :

L'expérience professionnelle a été retrouvée dans le discours de plusieurs médecins comme influençant leur pratique médicale, en ce qui concerne les vaccins. Ils racontaient le plus souvent des cas d'effets indésirables des vaccins (selon eux), ce qui les poussaient à se poser des questions, voire ne plus faire le vaccin supposé responsable par la suite.

M1 : « C'est une femme, une fille qui était infirmière qui a soigné sa maman d'une sclérose en plaques pendant très longtemps et qui pour sa visite médicale a été vaccinée un peu contre sa volonté, et à l'époque on savait pas trop, et qui a fait une sclérose en plaques hein voilà. »

M10 : « Alors, je j'ai travaillé euh je suis intervenue dans une structure quand j'étais dans le Jura qui s'occupait d'handicapés mentaux euh, avec des cas très lourds, la plupart c'était des accidents vaccinaux. »

M11 : « Une demoiselle qui a eu une sclérose en plaques après, avec sans lien certain, mais qui a eu une sclérose en plaques. »

Plusieurs médecins ont parlé de l'influence de l'homéopathie sur leur pratique médicale et vaccinale.

M9 : « Ben parce que je pense qu'en homéo on n'a pas, on a plein de remèdes, on a plein de trucs qui font qu'on peut se soigner. »

Ou encore : *« Du fait de l'homéopathie, j'ai été très sceptique par rapport au BCG et par rapport à ce que disaient des profs d'homéo que j'avais et puis donc je l'ai pas fait ».*

M10 : « Euh, moi après si vous voulez ma réflexion, même en homéo, c'est de se dire pourquoi aller sur les antibiotiques, les anti-machins, euh, si on peut, nous, aider plus le corps à essayer d'être bien et avoir son système immunitaire le mieux pour affronter les virus, les bactéries, euh tout ce qu'on veut. »

M11 : « Je, par expérience personnelle j'ai l'impression que avec une bonne, un bon entretien de l'immunité, un bon entretien de l'état général et euh, le vaccin, et le, l'aide par homéopathie on va dire, euh, j'obtiens pas forcément plus de cas de grippe. »

M13 : « Et ben et les patients euh, âgés qui viennent de sortir euh donc ben euh, ils n'ont pas été vaccinés contre la grippe et ils m'ont dit euh « cette année on n'a pas eu de problème de grippe, comme d'habitude

en fait. » (...) *Oh c'est, voilà. Bon. Mais j'ai, ils ont, ils appliquent un protocole que euh, que je leur fais. »*

M4 a intégré la religion dans sa pratique vaccinale.

M4 : « Alors moi en tant que catho, j'ai creusé pour savoir quelle attitude, moi en tant que prescripteur je devais avoir vis-à-vis de ces vaccins. »

Il a poursuivi : *« Ouais, moi je, ensuite il aurait fallu que je. Je me suis renseigné pour savoir quelle conduite adopter. Ensuite, si j'avais été cohérent jusqu'au bout avec l'Eglise, il aurait fallu que je me batte, que je me batte, que je rentre dans un veau ou que je fasse monter les informations suffisamment haut pour que on puisse développer autre chose. Mais je me suis arrêté là. Donc moi aussi, à mon niveau je suis pas allé plus loin. Alors que quelque part j'aurais peut-être dû. »*

Certains ont évoqué l'influence que pouvaient avoir d'autres médecins sur leur pratique.

M9, en parlant du vaccin contre le rotavirus : « Il est encore disponible, mais, par contre alors les vaccins, les enfants qui sont suivi en pédiatrie ça j'en vois très peu, ça enfin les pédiatres le font pas hein. »

M10 : « Alors moi j'ai bossé avec des homéo et des médecins aussi qui font pas que de l'homéo, qui font aussi euh, pas mal de bilans parallèles, sur des profils euh, des typages lymphocytaires, des profils protéiques que la médecine classique reconnaît pas bien encore et là on s'aperçoit que certaines vaccinations modifient ce type lymphocytaire. »

M11 : « d'autres euh, médecins anti. »

Un médecin s'appuyait sur un film réalisé par une célébrité du cinéma.

M10 : « on a un célèbre acteur américain qui a fait un film là-dessus quand même. Son nom m'échappe. »

Certaines de ces influences ont été déterminantes et ont pu induire un changement radical dans la pratique vaccinale de quelques médecins.

M10 : « Moi c'est vraiment, je pense que quand j'ai rencontré Michel Georget j'étais, je vaccinai, je venais de m'installer, j'avais quoi euh, quelques années d'installation. Et là je suis tombée des nues. J'étais sur ma chaise en me disant mais qu'est-ce que tu fais quand tu vaccines ! »

M11, parlant d'une sclérose en plaques chez une patiente : « Non, je pense que ce qui m'a vraiment fait retourner ma veste c'est cette histoire de cette gamine. Avant je crois que je vaccinai tout et tout le monde. »

3.2.3. Influence des médecins sur les patients :

Certains des médecins racontaient essayer activement de dissuader les patients à la vaccination.

M4 : « Ensuite, moi sur mes ordonnances, c'est marqué "PRIORIX®, vaccin recommandé" puisqu'il est pas obligatoire, "recommandé, fait à partir de fœtus humains". »

M10 : « Donc là les gens je leur disais "ben là vous pouvez refuser puisque... euh, la loi veut que ça soit le DTP et pas euh l'hexa" ».

Par contre, d'autres médecins n'étaient pas dans la dissuasion.

M6 : « Si quelqu'un vient me demander une vaccination et puis que je le sens pas dans le questionnement et qui est clairement, qui clairement veut se faire vacciner je vais pas aller au-devant de ses questionnements, fin je vais pas susciter les questions. Je vais pas aller au-devant de ses questions quoi. »

Alors que certains allaient même encourager la vaccination, sans forcément culpabiliser le patient.

M12 : « Ben j'essaie de convaincre euh, de façon raisonnable, euh, sans les culpabiliser, c'est, de toutes façons ça c'est un principe ».

La plupart des médecins expliquaient ne pas aller activement au-devant du questionnement des patients, que ce soit pour ou contre la vaccination.

3.2.4. Reports de vaccination et leurs causes :

Beaucoup de médecins expliquaient reporter des vaccins, cependant les raisons de ces reports n'étaient pas les mêmes pour tous. Par ailleurs, pour certains, les raisons n'étaient pas très claires et se rapprochaient de convictions.

A noter qu'un des médecins, pour certains vaccins, adaptait le calendrier à sa guise (Hépatite B, ROR).

M11 : « Pour l'hépatite B je suis pas forcément les, quand je, les rares fois où je le fais je suis pas forcément les recommandations du nombre de vaccins d'ailleurs. »

De plus, un médecin a fait part de la compliance de certaines institutions, tolérant le report des vaccins obligatoires.

M10 : « Ah ben, il y a des écoles, bon ici en [région] ça va, mais, il y a des, il y a des fois ils attendent un petit peu, certains directeurs, ça va. »

3.2.4.1. Événement aigu :

Six des médecins interrogés expliquaient reporter des vaccins lors d'événements aigus, notamment des épisodes fébriles.

M12 : « Ah. Alors une raison médicale oui bien sûr, oui, oui, oui. Oui, j'y pensais pas oui bien sûr, une raison médicale ben c'est souvent qu'on a des enfants finalement, il a une otite et il a eu de la fièvre hier, non on va pas le vacciner, non on reporte hein. »

D'autres reportaient pour un état dysimmunitaire (patient sous corticoïdes ou chimiothérapie par exemple).

M7 : « Ou alors bien sûr quand c'est un patient qui a un déficit immunitaire et que il s'agit de faire une vaccination avec un virus vivant. »

3.2.4.2. Problème technique :

Des médecins évoquaient des raisons techniques, en premier lieu des dates de péremption.

M12 : « Non. Enfin à part des problèmes de date, de péremption, d'aiguille qui était euh qui était mal fichue euh ça ça m'est arrivé. »

3.2.4.3. Poids de l'enfant :

Deux médecins ont rapporté le problème du poids de l'enfant. Pour eux, un petit poids gênerait à l'injection, du fait de la faible masse musculaire et grasseuse.

M8 : « Parce quand ils sont, les petits poids de naissance en fait, c'est bien d'attendre 3 mois pour qu'ils aient un peu plus de masse musculaire. »

3.2.4.4. Allaitement :

Plusieurs disaient reporter les vaccins quand les enfants étaient allaités. Selon eux, l'allaitement, et donc le passage des immunoglobulines maternelles dans le lait, protégerait l'enfant contre les maladies. Il ne serait donc pas nécessaire de vacciner avant la fin de l'allaitement, par exemple.

M6 : « Donc en général si c'est, si c'est possible j'attends... Un enfant qui est allaité par exemple souvent j'attends que l'allaitement soit bien avancé voire terminé pour, pour commencer à vacciner. »

3.2.4.5. Immunisation naturelle :

Quelques médecins expliquaient préférer favoriser une immunisation naturelle, qui serait plus protectrice à long terme.

M13, parlant du ROR : « J'aime bien que l'enfant ait fait éventuellement sa rubéole ou sa rougeole. »

Ou encore : « Je le, si je le fais mais je le fais, j'attends qu'un enfant ait une dizaine d'année. J'aime bien attendre euh 10 ans. »

Souvent ils banalisaient les maladies, et ne voyaient donc pas l'intérêt de vacciner contre ces pathologies. On pouvait parfois y ressentir de la fatalité.

M9 : « J'estime que quand même de temps en temps il faut que les gamins ils fassent une maladie, en plus la varicelle c'est que dalle quoi ! »

M11, parlant de la gastro-entérite à rotavirus : « Ça reste pour moi quand même la plupart du temps une maladie bénigne. »

Ou encore, en parlant de la méningite à méningocoque C : « Oui. Pareil. Maladie rare. (...) Potentiellement très grave, la vie n'est faite que de risques. »

3.2.5. Population cible :

La notion de population cible revenait souvent dans les entretiens. Beaucoup préféraient vacciner contre l'hépatite B les patients qui ont un métier à risque.

M4 : « Tu veux être éboueur mon gars, t'as intérêt à te faire vacciner, t'auras un métier à risque. Tu veux être dans le corps médical, t'as intérêt. »

M7 : « Je peux leur dire d'attendre aussi, de voir l'orientation professionnelle de l'enfant et puis voilà, éventuellement d'être, de rester très vigilant quand il sera en mesure de de de prendre voilà un travail peut-être à risque. »

D'autres évoquaient les comportements à risque.

M4 : « Tu veux être homo, t'as intérêt. A partir du moment de un choix de vie, le vaccin en fonction du choix de vie. »

M13 : « Après il y en a d'autres euh, bon et, les hépatites c'est intéressant dans, dans certains cas. Enfin dans mais c'est pas pour tout le monde, parce qu'il y a des gens qui n'ont pas de, de conduite à risque et qui pour lesquels l'hépatite B est peu, peu nécessaire, quelque part. »

Un médecin évoquait la notion de population cible concernant le vaccin anti-HPV.

M4 : « Si c'est le, aller on va dire le GARDASIL® et que c'est leur fille qui veut rentrer dans les ordres, je vais pas du tout me battre. »

Deux médecins disaient ne proposer le vaccin contre la grippe qu'aux personnes fragiles.

M6 : « je le, je crois que j'l'ai, je le propose à des patients qui sont vraiment dans des situations à risque genre des gros antécédents respiratoires, euh. J'ai un patient, enfin je pense à un patient à qui je l'ai fait cette année, qui a eu une pneumonectomie, donc là je lui ai fait. »

3.2.6. Refus de vacciner et leurs causes, faux certificats :

Certains médecins ont dit refuser de vacciner mais, encore une fois, les raisons n'étaient pas forcément les mêmes pour tous.

M10 : « alors après moi je suis très anti-hépatite B donc là je refuse de vacciner par contre, donc là on va aller ailleurs ».

3.2.6.1. Antécédents familiaux ou personnels de maladies dysimmunitaires, SEP (Sclérose En Plaques) :

Trois médecins expliquaient chercher par l'interrogatoire l'existence d'antécédents familiaux ou personnels de sclérose en plaques ou de maladies dysimmunitaires. Un tel antécédent était un frein à la vaccination.

M1 : « Donc c'est un interrogatoire draconien, toutes les gamines qui veulent être infirmières, tous les gens qui vont manipuler les anciens, des bébés dans les crèches, etc et je ne vaccine pas si il y a un antécédent de sclérose en plaques. »

Certains médecins disaient ne pas vacciner contre l'hépatite B en cas d'antécédents personnels ou familiaux de sclérose en plaques.

M1 : « Et puis si je mène un interrogatoire draconien et là je ne fais pas le vaccin. »

M12 : « donc si effectivement le patient dit "écoutez dans ma famille tout le monde a une sclérose en plaques, il y a 3-4 scléroses en plaques" moi j'aurais tendance à dire bon, ben c'est peut-être pas une priorité hein, pour cet, pour, pour cet enfant-là. »

3.2.6.2. Faux certificats :

Un des médecins a avoué avoir déjà réalisé un faux certificat de vaccination, concernant la vaccination anti-hépatite B.

M11 : « Ben si elle a un faux certificat elle peut bosser ! »

3.3 Attitude envers les patients hésitants :

Les moyens qu'avaient les médecins de gérer les hésitations des patients étaient variés.

3.3.1 **Confrontation ou empathie :**

Certains praticiens étaient dans la confrontation.

M8 : « Moi je suis assez agressif. »

Ils pouvaient même être culpabilisants.

M7 : « je leur dis plutôt "pourquoi ne vous vaccineriez vous pas, est-ce que vous avez envie d'attraper la grippe ?" »

Certains disaient mettre une note dans le carnet de santé en réaction au refus vaccinal.

M2 : « Et puis on se le note dans le dossier et dans le carnet de santé qu'on l'a proposé et enfin, et que, que du coup que le patient refuse, enfin, c'est écrit. Et ça a pas le même poids, les gens reviennent souvent, que juste d'en parler, et voilà, on insiste lourdement. »

M5 : « Et puis après ça, je marque "vaccin conseillé", soit sur la page de consultation, soit sur la page de vaccination, de façon à ce que eux soient en face de leurs responsabilités quand ils le lisent. »

Un des médecins était même assez radical devant les parents dans le refus vaccinal.

M13 : « Alors oui les, les, les parents qui, qui veulent effectivement qui viendraient me voir pour me dire "euh je veux pas être vacciné, je veux pas que mon enfant soit vacciné". "Je, je suis désolé, moi je, je fais au minimum euh, le TETRAVAC® acellulaire. Je n'en démordrai pas et c'est pas la peine de revenir me voir si vous voulez pas le faire." »

Cependant quelques médecins étaient plutôt dans l'empathie face à l'hésitation vaccinale.

M6 : « Ben je les comprends et je les accompagne. »

M12 : « Après en avoir discuté, et le fait même de les écouter, de leur dire "je vous comprends, euh, je sais que c'est scandaleux qu'il y ait pas un vaccin qui vous, qui soit obligatoire (tape sur la table), obligatoire (tape sur la table), ou que le gouvernement arrive pas à trancher entre obligatoire" et euh, je, je, à partir du moment où ils ont une écoute euh, et ben, ça les, ça les incite à me faire confiance. »

Comme vu précédemment, des médecins étaient dans la dissuasion et d'autres dans la persuasion. Cependant, beaucoup de médecins donnaient simplement des explications concernant les vaccins eux-mêmes, les maladies concernées par la vaccination, ou encore le calendrier vaccinal en général.

M1, parlant des maladies : « Voilà, ne les ayant pas connues ils ne peuvent pas en appréhender la réalité mais, c'est à moi de faire passer le message. Bon ben c'est le dialogue hein, c'est le dialogue, le dialogue voilà. J'avoue, ça marche quand même hein, ça marche. »

M2 : « Euh, je leur fais un topo sur euh, de quoi ça préserve, enfin qu'est-ce qu'on cherche à prévenir. Les risques encourus si on le fait pas, euh, le risque vaccinal, la proportion de risque d'effets indésirables, sur l'intérêt de le faire petit parce que finalement plus tard on les voit pas et pour protéger d'une maladie qui est souvent fréquente et pour laquelle on n'a pas de solution. Et euh, parfois santé publique ».

M12 : « Mais je leur explique aussi que un nourrisson a une immaturité immunologique telle qu'il risque pas de faire une sclérose en plaques après 3, 3 injections de l'hépatite B alors après, ils veulent ou ils veulent pas encore, encore une fois c'est pas obligatoire ».

3.3.2 Difficultés à convaincre :

Certains médecins faisaient part des difficultés qu'ils pouvaient avoir à convaincre les patients hésitants.

M12 : « Donc ça c'est pour les vaccins obligatoires, donc euh, après lorsqu'ils sont réticents pour des vaccins qui sont non obligatoires et recommandés, c'est, la, la négociation est beaucoup plus difficile. »
Ou encore : « Le raisonnement scientifique et la...convaincre quelqu'un par la logique euh, est absolument épouvantablement difficile. »

Ils se sentaient démunis face au refus des patients.

M7 : « quand mes patients sont réticents ça m'embête plus qu'autre chose. »

M12 : « Et voilà, et puis après quand ils veulent pas bah, je suis bien ennuyé, je sais pas ni quoi faire ni quoi dire ».

Un seul médecin avait même évoqué son manque de confiance en elle, ce qui l'entravait pour répondre aux interrogations des patients.

M7 : « Euh déjà moi j'ai des diffi, difficultés à rassurer les patients parce que je me sens peut-être pas très solide. »

3.3.3 Exemplarité :

Deux des médecins interrogés utilisaient l'exemplarité face aux patients hésitants.

M2 : « J'ai deux petits et je leur dis que les miens sont vaccinés, donc c'est sûrement un argument des fois. (Rires) »

M12 : « moi je dis que, enfin mon argument principal d'abord c'est de dire que je me suis fait vacciner contre l'hépatite B au moins 10 fois dans ma vie et euh, et je ne, je, je, je n'en garde apparemment aucune séquelle, enfin je leur demande si j'en garde des séquelles allez-y. (Rires) Et que c'est tout la, c'est la même chose pour toutes les professions de santé, les pompiers, les, les, les personnels hospitaliers, etc et que si il y a vraiment un énorme problème ça se serait vu quoi. »

Cependant, un des médecins a pu qualifier cette démarche de malhonnête. Pour lui, cela ne constitue pas une preuve.

M12 : « je me vaccine chaque année depuis 30 ans, je sais que je, je convaincs un, quelques patients, mais c'est pas honnête. » Puis : « je veux dire c'est honnête dans le mesure où on dit la vérité, c'est vrai je me vaccine tous les ans et ça me pose pas de problème. (...) Mais c'est pas une preuve. »

3.3.4 Information et responsabilisation des patients :

Un médecin disait orienter les patients vers des sites officiels d'information.

M13 : « Ben oui c'est ça, mais c'est boh après sur internet ils peuvent voir un peu ce qui se dit au niveau officiel hein je leur de, puis on en discute hein. »

Deux autres médecins expliquaient proposer des livres qui leurs servent de référentiels.

M10 : « je leur fais lire le bouquin de Georget, je leur fais lire le bouquin de Sylvie Simon qui est une journaliste euh, d'investigation là euh, qui est décédée récemment qui a écrit un bouquin sur les vaccinations, alors avec tout le, elle, elle décrit tout le côté mafia euh, des labos, de l'industrie pharmaceutique. Voilà, après les gens ils, faites-vous votre idée et après on discute. »

Certains médecins disaient avoir pour but de responsabiliser les patients afin qu'ils prennent leurs décisions seuls.

M4 : « Je responsabilise, le paternalisme sur certains aspect on l'a critiqué. Sur d'autres aspects je le garde. »

M6 : « euh je leur dis d'essayer de se faire leur avis eux-mêmes, parce que si ils vont voir 10 médecins différents ils auront 10 avis différents. »

M13 : « et, je les invite souvent à se renseigner et à voir un peu ce qu'ils veulent faire. »

Quelques médecins parlaient d'éducation, notamment concernant le GARDASIL®, en complément mais aussi à la place du vaccin pour ceux qui étaient les plus sceptiques. Ils insistaient sur l'importance du dépistage systématique par frottis cervico-vaginal, et l'utilisation du préservatif.

D'autres médecins étaient moins informatifs, ils conseillaient simplement aux patients de se renseigner par eux-mêmes.

3.4 Comment améliorer la couverture vaccinale en France :

3.4.1 Médiatisation et communication :

Quelques médecins parlaient de la nécessité d'une meilleure communication, d'informations claires sur les vaccins, les maladies concernées. Ils proposaient d'utiliser les outils de communication actuels tels qu'internet, réseaux sociaux etc...

M3 : « Parce qu'on n'utilise pas les grands médias, ceux qu'utilisent la télévision et internet, ceux qu'utilisent les détracteurs de la vaccination. »

Un des médecins avait l'idée de réaliser des reportages chocs, reportages trottoirs.

M5 : « Si on avait fait un petit peu plus de bruit sur le faux certificat de vaccination et qu'on avait fait un petit, une petite caméra cachée sur l'enterrement avec la taille du cercueil d'un mètre dix sur le gamin, ça aurait peut-être été bien. »

Un des médecins racontait les campagnes de vaccination et d'informations qui étaient organisées au sein de la maison de santé pluridisciplinaire dans laquelle elle travaillait. Elle expliquait que ces actions étaient un des objectifs de santé publique de la structure.

M2 : « enfin on est en train de travailler dessus, on fait des campagnes de vaccination, c'est les infirmiers qui vaccinent gratuitement tous ceux qui ont des bons, on ressort des bons à beaucoup de gens, on a augmenté un peu notre couverture vaccinale de grippe dans le coin. »

3.4.2 Politique vaccinale :

Deux des médecins interrogés étaient en faveur du retour du DTP seul. Pour l'un, les parents adhèreraient plus à la vaccination, du fait des réticences actuelles. Pour l'autre médecin, l'accès aux vaccins obligatoires seuls est un droit des patients. Il ne trouvait pas normale la contrainte de devoir vacciner les enfants avec des vaccins recommandés, du fait de l'absence du DTP seul.

M9 : « Ben je pense que si on, on re, euh, enfin en tous cas ce qui nous concerne nous dans la région, si à nouveau le DTPolio était, était euh, le DTPolio simple hein. Etait à nouveau fabriqué, il y aurait plus de gens qui vaccineraient leurs enfants ça c'est sûr. »

Un médecin était pour augmenter le nombre de vaccins obligatoires, du moins pour les professionnels de santé.

M8 : « Ben que ça soit obligatoire pour les professionnels, déjà ils seraient peut-être plus motivés non ? »

Alors que pour deux autres praticiens, l'obligation vaccinale était une mauvaise idée. Elle serait à l'origine d'un sentiment de contrainte, et donc augmenterait les hésitations vaccinales des patients.

M8 pensait aussi qu'il serait bénéfique de rendre tous les vaccins remboursables.

M8 : « Et puis rendre remboursables certains vaccins, mais je crois que c'est prévu dans la nouvelle convention ouais, certains vaccins ils vont les, les actes seront pris à 100% pour les adolescents. »

Certains médecins regrettaient le désengagement de la classe politique concernant le sujet de la vaccination. Le manque de prise de position des politiques, notamment concernant l'obligation vaccinale, était déploré par un des médecins.

M12 : « Les décideurs ne décident plus maintenant. »

3.4.3 Laboratoires et vaccins :

Beaucoup avaient abordé le sujet de la transparence des laboratoires pharmaceutiques.

Concernant la fabrication des vaccins, quelques médecins avaient remis en cause la place des adjuvants, et plus particulièrement celle de l'aluminium, et leur nécessité au sein du vaccin.

M4 : « Alors que ce soit sur les métaux lourds, ou à ce moment-là il faut qu'ils développent, qu'ils justifient pourquoi ils utilisent plutôt des sels d'aluminium que tartempion ».

M7 : « Voilà ouais, et sur la fabrication peut-être des vaccins, peut-être qu'on pourrait nous faire une formation un peu plus poussée. »

Ils exprimaient aussi leur besoin d'informations claires concernant les vaccins et leur fabrication, de la part des laboratoires mais aussi des autorités sanitaires.

Plusieurs médecins parlaient de leur perte de confiance envers les laboratoires pharmaceutiques.

Certains citaient la pénurie récente de vaccins DTP.

M11 : « Comme la pénurie récente, j'appelle pas ça quelque chose de très transparent, si on admet le principe que c'est pas une pénurie. »

Selon eux, la motivation pouvait être simplement pécuniaire.

M12 : « après que le, l'industrie pharmaceutique soit incapable de fournir des, des vaccins qui ne contiennent pas l'hépatite B qui sont, qui sont disponibles bon bah, c'est un autre problème hein, c'est un problème commercial, c'est dommage je trouve, c'est dommage. »

IV. DISCUSSION

1. Forces de l'étude :

1.1 Originalité du sujet :

La vaccination est un sujet d'actualité, sujet à polémique, volontiers passionnel, autant au sein du grand public que chez les professionnels de santé. Malgré les différentes preuves scientifiques des bénéfices de celles-ci, la France reste un des pays les plus réfractaires à la vaccination (10). Il existe beaucoup de données dans la littérature sur les réticences des patients. Cependant, peu de travaux ont étudié celles des médecins, qui semblent primordiales puisque liées à celles de leur patientèle. On peut citer l'étude de Larson *et Al.* de 2015 qui a étudié ce problème dans différents pays d'Europe (5). Il n'existait pas d'étude similaire à ce jour, en France.

Afin de contrer cette vague de scepticisme et œuvrer à la protection de la population par l'amélioration de la couverture vaccinale, ce travail qualitatif nous a permis d'explorer ce qui pouvait motiver les médecins généralistes à ne pas vacciner.

1.2 Diversité de la population étudiée :

Dans notre étude, les profils des médecins étaient variés. Nous avons interrogé des hommes et des femmes, toutes générations confondues (de 31 à 67 ans). On retrouvait divers milieux d'exercice (urbain/rural, seul/association/maison de santé, secteurs 1/2/3). Enfin, certains médecins avaient des pratiques complémentaires, que l'on a retrouvées parfois interférant dans leur pratique médicale. De façon générale, nous avons rencontré des médecins convaincus par la vaccination, et d'autres résolument contre, en passant par différentes teintes de questionnements. Il est intéressant de noter que chez les médecins qui se disent convaincus, il apparaissait tout de même quelques réticences à vacciner.

La recherche qualitative s'appuyant sur des profils variés, cette diversité est considérée comme une force dans notre étude.

1.3 Choix de la méthode :

Nous avons choisi une méthode d'étude qualitative, afin d'explorer au mieux le ressenti et l'influence d'évènements internes (expériences personnelles et professionnelles par exemple) et externes (médias, environnement...) sur la pratique des médecins. Le cadre d'entretiens semi-dirigés a permis d'instaurer une relation de confiance entre l'enquêteur et l'interrogé. Le médecin se sentait alors plus à l'aise pour

discuter de sa pratique, sans se sentir jugé ni examiné. En effet, il peut paraître difficile de se livrer à un confrère sur un sujet aussi sensible. Cette méthode est donc apparue la plus appropriée, ce qui en a fait un point fort de cette étude.

1.4 Saturation et triangulation des données :

Pour ce travail, un seul enquêteur a interrogé les médecins. Cependant, une triangulation a pu être réalisée avec le Dr Christophe Pigache, directeur de thèse, ainsi qu'avec une consœur (Docteur en médecine), qui avait connaissance de la méthodologie qualitative. Cela renforce la validité interne de ce travail.

La saturation semblait avoir été obtenue à partir du 11^{ème} entretien. Deux derniers rendez-vous ont été réalisés afin de confirmer cette donnée, et comme aucune nouvelle occurrence n'a émergé nous nous sommes arrêtés là. C'est une validation interne de notre travail.

1.5 Grille COREQ :

Les caractéristiques de la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) de notre étude sont présentées en **annexe 2**. Elle permet d'évaluer la qualité d'une étude qualitative à partir d'une liste d'items prédéfinie.

2. Limites de l'étude :

2.1 Biais lié à l'enquêteur :

L'enquêteur était novice dans cet exercice que sont les entretiens semi-dirigés. Il a ressenti des difficultés à poser des questions ouvertes. Certains points abordés n'ont pas été assez explorés, et auraient nécessité plus de relances (sous-questions qui permettent d'approfondir les grands thèmes du canevas). Ce sentiment a été majoré par la difficulté de certains médecins interrogés à se livrer lors de l'entretien. Enfin, le sujet de l'étude n'était pas centré sur un ou des vaccins en particulier, ce qui rendait l'échange parfois difficile, voire éparpillé.

L'enquêteur étant lui-même convaincu des bienfaits de la vaccination, il existait un biais de subjectivité, et les entretiens ont pu être influencés. L'analyse des données a aussi pu subir ce même biais. Cependant la triangulation des données a permis de réduire son impact.

2.2 Biais lié à l'échantillon :

Dans notre étude, on retrouve un biais de recrutement puisque les médecins interrogés étaient tous intéressés par le sujet, et motivés pour répondre à l'enquête. Il est intéressant de noter que lors du recrutement téléphonique, un grand nombre de médecins se sont d'emblée sentis jugés ou catégorisés, refusant le plus souvent de rencontrer l'enquêteur. Il en ressortait un sentiment de tabou à propos de leur pratique vaccinale, qui s'est aussi exprimé lors de quelques entretiens. Ceci explique la durée courte de quelques entrevues.

Le biais de sélection a été limité en appelant au hasard des médecins répertoriés dans l'annuaire. Cependant, la zone géographique a été limitée autour du domicile de l'enquêteur (au maximum 1h30 en voiture), afin de pouvoir rencontrer en personne les médecins.

2.3 Biais lié au recueil de données :

Les médecins interrogés connaissaient la thématique de l'enquête, ce qui crée un biais d'information. L'enquêteur a limité ce biais initialement lors du recrutement téléphonique. Mais la difficulté à rencontrer des médecins ayant des réticences à la vaccination a poussé à les informer davantage sur le sujet étudié, ce qui a renforcé ce biais.

Enfin, un biais dans le recueil des données a été identifié, puisque la retranscription des entretiens dépend de la qualité de l'enregistrement audio, parfois parasité par les bruits extérieurs (restaurant...).

3. Discussion des résultats :

Au cours des entretiens, beaucoup de thèmes et d'occurrences se sont dégagés. Si le rapport bénéfice-risque de la vaccination est globalement perçu comme favorable, il n'en reste pas moins nombre d'hésitations vaccinales, même pour les médecins qui se disaient fermement convaincus.

3.1 La sécurité vaccinale :

La plus grosse source d'hésitation est sans surprise, il s'agit de la sécurité vaccinale. En effet, la peur d'être délétère, de provoquer des maladies en vaccinant est ici une des principales inquiétudes des médecins généralistes. Ce résultat a été retrouvé et discuté dans l'étude européenne du ECDC (European Center for Disease prevention and Control) (5).

Les vaccins les plus concernés sont principalement le vaccin contre l'hépatite B et les vaccins contre les HPV.

Il est intéressant de noter que les médecins interrogés proposaient les mêmes vaccins à leurs proches qu'à leurs patients.

3.1.1. Vaccin contre l'hépatite B :

Comme nous l'avons vu, la principale réticence liée au vaccin contre l'hépatite B est la peur qu'il soit lié à un risque accru de contracter une SEP.

Il est aujourd'hui indéniable que ce lien est aussi la principale cause d'hésitation vaccinale des patients concernant le vaccin contre l'hépatite B. Une thèse de 2011 conduite aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen auprès de parents de 445 enfants montrait que 31,9% des parents pensaient que ce lien existe (11). Une autre thèse a mis en évidence le même résultat chez les patients (12).

Ce lien entre SEP et la vaccination contre l'hépatite B est une aussi une réticence décrite des médecins généralistes. Une étude conduite en France en 2015 sur 1 712 médecins généralistes libéraux montrait que seulement 48,1% d'entre eux pensaient que le lien entre SEP et le vaccin contre l'hépatite B n'était pas probable. De plus, pour 9,2% des médecins interrogés, le lien était perçu comme probable, et pour 2,5% d'entre eux, le lien était très probable (13).

En France notamment, le vaccin contre l'hépatite B souffre depuis la fin des années 1990 d'une polémique concernant ce lien avec la SEP, et ce malgré les preuves apportées par des études et notamment des méta-analyses et revues de la littérature, ainsi que de recommandations de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française) allant à l'encontre de ces affirmations (14), (15) et (16).

Il est intéressant de noter que les antécédents personnels ou familiaux de SEP, retrouvés ici comme réticences à la vaccination contre l'hépatite B, ne sont pas une contre-indication au vaccin, comme démontré dans cette revue de la littérature de 2013 qui ne montre pas de lien entre le vaccin et les poussées de la maladie (14). Par ailleurs, une recommandation de la SPILF énonce clairement l'absence de contre-indication à ce vaccin en cas d'antécédent personnel ou familial de SEP (16).

3.1.2. Vaccin anti-HPV :

Les vaccins anti-HPV sont des vaccins récents (GARDASIL® AMM en 2006 et CERVARIX® AMM en 2007). C'est une raison majeure pour laquelle certains médecins ne le proposent pas, en prétextant le manque de recul sur l'utilisation de ces vaccins et donc le manque de preuves sur leur efficacité sur les cancers du col de l'utérus.

En effet, comme le rapportait la Commission de la transparence du 20 mars 2013, l'efficacité n'était pas démontrée sur le plan de la prévention des cancers du col, bien qu'établie sur certaines lésions précancéreuses (17). Cependant, ce résultat paraît logique dans la mesure où il faudra attendre un recul supplémentaire pour avoir suffisamment de données permettant de conclure sur les lésions cancéreuses (soit la durée de transformation cellulaire aboutissant à un cancer avéré).

Par ailleurs, notre étude a mis en évidence une notion intéressante : la vaccination contre HPV pourrait procurer un faux sentiment de protection contre la totalité des HPV oncogènes, et donc pourrait tendre à réduire le recours au dépistage systématique par frottis cervico-vaginal. L'avis du Comité technique des vaccinations de mars 2007 relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16, 18 considérait « qu'il serait possible que, si les femmes vaccinées se faisaient moins dépister, l'incidence et plus encore la mortalité liée au cancer du col de l'utérus augmentent, le vaccin n'étant pas efficace vis-à-vis d'environ 30% des cancers » (18).

D'autre part, le lien entre vaccin contre HPV et le risque de contracter une SEP est une réticence identifiée dans notre travail et retrouvée dans la littérature. Comme l'avaient montré Verger *et Al.* dans leur étude de 2015, seulement 51,3% des médecins interrogés pensaient que ce lien n'était pas probable, pour 4,5% d'entre eux il était probable et pour 0,9% il était très probable (13).

Cependant, ce lien n'existe pas, comme cela a été montré dans une étude de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) de septembre 2015 qui retrouvait le résultat suivant : « Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre l'exposition au vaccin anti-HPV et la survenue d'une affection démyélinisante du système nerveux central (HRajusté : 1,05 [IC95% : 0,79-1,40] ; p=0.72) (19). Une revue de la littérature de juillet 2016 a mis en évidence un résultat similaire. Cinq études avaient été revues, et aucune ne trouvait d'augmentation du risque de développer une SEP. Dans deux de ces études, ce résultat s'appliquait autant à un premier épisode de SEP qu'à une poussée de SEP préexistante. Par ailleurs, une des études a même trouvé une diminution de ce risque [OR 0.3 (0.1–0.9)] (20).

Enfin, il a été soulevé le risque de syndrome de Guillain-Barré lié à la vaccination contre les HPV. Ce risque est en effet accru après exposition aux vaccins contre HPV, comme le montre l'étude de l'ANSM de septembre 2015. Cette étude est observationnelle longitudinale de type exposé (au vaccin HPV) et non exposé, incluant un total de 2 256 716 filles de 11 à 16 ans. Au cours du suivi 3 974 cas de maladies auto-immunes ont été identifiés (2 978 chez les non vaccinées et 996 chez les vaccinées). Concernant le syndrome de Guillain-Barré, 19 cas sont survenus chez les vaccinées contre 21 chez les non vaccinées. L'association syndrome de Guillain-Barré et vaccin anti-HPV a été retrouvée comme statistiquement significative (HRajusté :4,00 ; [IC95% : 1,84-8,69], p<0,001) pour les jeunes filles de l'étude (19).

Ce lien a finalement été rejeté dans un article récent de 2017 de Andrews *et Al.* (21). L'étude concerne une évaluation sur 12 mois après l'injection du vaccin, et concerne principalement le vaccin anti-HPV bivalent.

3.1.3. Autres vaccins :

Concernant le vaccin antigrippal, sa faible efficacité a été évoquée comme motif pour ne pas le proposer, comme cela avait été retrouvé dans une revue de la littérature de 2012 de Prematunge *et Al.* (22). L'efficacité des vaccins antigrippaux saisonniers est en effet relativement faible, dépassant rarement les 50%, comme récapitulé par le CDC (Center for Disease Control) américain pour les vaccins saisonniers de 2004 à 2016 (23). Cependant, il reste pertinent de vacciner contre la grippe les personnes à risque (personnes âgées, femmes enceintes, personnels de santé...), car elle peut avoir des conséquences graves chez ces personnes fragiles. L'intérêt de vacciner le personnel de santé réside dans le principe de cocooning (protection des patients les plus fragiles en limitant leur exposition au virus).

Dans notre étude, plusieurs médecins expliquaient administrer de l'Influenzinum, homéopathie, en prévention de la grippe saisonnière pendant les périodes hivernales. Une étude de février 2017 de

Marinone *et Al.* retrouvait que « la prise d’Influenzinum était associée à une diminution non significative du risque de survenue d’un syndrome grippal (odds ratio ajusté = 0,91 [0,62—1,35], p = 0,64). » (24).

Il est intéressant de noter que le lien entre vaccin antigrippal et syndrome de Guillain-Barré n’a pas été évoqué dans notre travail, alors que presque 25% des médecins généralistes interrogés dans l’étude de Verger *et Al.* de 2015 trouvaient ce lien probable à très probable (13).

Concernant le vaccin anti-méningococcique du groupe C, son inefficacité sur l’incidence des infections à méningocoque C a été suggérée par certains médecins de notre étude. Cependant le HCSP a précisé la double utilité de ce vaccin : au niveau individuel pour les tranches d’âge vaccinées, mais aussi au niveau collectif vis-à-vis de l’immunité de groupe dont pourraient bénéficier les enfants de moins de 1 an d’âge (25). La couverture vaccinale du Méningocoque C au 31/12/16 selon l’InVS (Institut de Veille Sanitaire) est la suivante : 70,9% des 24 mois, 65,5% des 3 à 9 ans, 35,7% des 10 à 14 ans, 25% des 15 à 19 ans et 10,1% des 20 à 25 ans (26). Ainsi au vu de la couverture vaccinale actuelle, il est en effet illusoire de parler d’immunité de groupe. Car pour qu’un vaccin procure une immunité de groupe, il est nécessaire d’obtenir une couverture vaccinale d’au moins 95% pour tous les âges concernés (27).

3.2 Une confiance érodée à tous les niveaux :

Certains médecins avaient évoqué une confiance érodée envers les laboratoires pharmaceutiques. La principale raison retrouvée était la motivation financière, commerciale, pécuniaire de ces derniers, « *le côté humain, c’est pas leur truc* » (M12).

En effet, ce problème a bien été évoqué aussi par Verger *et Al.* dans leur étude de 2015 (28). Ils avaient montré que même si la majorité des médecins interrogés faisaient confiance aux sources officielles (8 sur 10 envers le Ministère de la santé, et 9 sur 10 envers les agences sanitaires), 53% d’entre eux pensaient que ces sources seraient influencées par l’industrie pharmaceutique.

Dans notre travail, nous avons mis en évidence que quelques médecins se fiaient souvent plus à leurs convictions et croyances plutôt qu’aux recommandations officielles. Ce résultat est concordant avec la même étude qui trouvait que 29% des médecins interrogés faisant confiance aux sources officielles préféreraient se fier à leur propre jugement plutôt qu’aux recommandations officielles (28).

Une des causes possibles de ce manque de confiance envers les autorités sanitaires, envers l’industrie pharmaceutique et sa possible influence sur les instances officielles (notamment en France), pourrait être liée à l’impact négatif de la campagne vaccinale contre l’hépatite B (29), dans les années 1990, où une politique de vaccination de masse avait été appliquée de 1994 à 1998 avec la vaccination des

adolescents directement dans les collèges. Dès 1995 des cas de SEP sont notifiés chez les jeunes vaccinés, ce qui a provoqué une réaction importante de l'opinion publique chargeant alors le vaccin comme responsable de cette maladie. Le même effet néfaste a pu être constaté suite à la campagne de vaccination de 2009 pendant la pandémie de grippe A(H1N1). Ces arguments ont été mentionnés ici plusieurs fois par les médecins interrogés.

Le même raisonnement peut être appliqué en ce qui concerne les adjuvants. Dans notre étude, il a été questionné l'utilité des adjuvants, et la nécessité de leur présence dans les vaccins, notamment l'aluminium. Certains médecins pensaient qu'il peut avoir un rôle néfaste. Ce même résultat est retrouvé par Brandt *et Al.* dans leur étude de 2011 conduite auprès du personnel soignant du CHU de Francfort en Allemagne, au sein de laquelle 30% des répondants étaient des médecins. En effet, il a été retrouvé que 35% de ces médecins avaient refusé de se faire vacciner contre la grippe par peur des adjuvants (30).

Dans notre travail, la faible transparence des laboratoires est apparue comme cause de perte de confiance envers eux. En effet, le manque d'informations concernant la fabrication des vaccins et le rôle des adjuvants dans leur fonctionnement participe aux réticences des médecins. Comme il est bien souligné dans l'article de 2013 de Hardt *et Al.* (31), la transparence est fondamentale à tous les niveaux en matière de vaccination. Que ce soit au niveau du gouvernement concernant la prise de décision, mais aussi de l'industrie pharmaceutique à toutes les étapes de la création des vaccins. Cette notion de transparence permettrait une bien meilleure adhésion de la population à la vaccination (via les autorités sanitaires), et donc une amélioration de la couverture vaccinale.

3.3 Le calendrier vaccinal :

3.3.1. **Le nombre de vaccins :**

Selon quelques-uns des médecins interrogés, le calendrier vaccinal serait trop chargé. Cela nuit gravement à sa réalisation. Ces constatations sont concordantes avec 2 études : François *et Al.*, dans leur étude de 2011 conduite auprès de 341 médecins généralistes, trouvaient que pour 25% d'entre eux il n'était pas nécessaire de vacciner toute la population et que selon 13% le calendrier vaccinal était trop chargé (32). Verger *et Al.* dans leur étude de 2015, portant sur 1 574 médecins généralistes, trouvaient que 25,8% pensaient que certains vaccins recommandés par les autorités sont inutiles, et 19,9% que les enfants sont vaccinés contre trop de maladies (28).

3.3.2. L'âge de début :

Les nourrissons seraient vaccinés trop tôt. Ceci est une entrave majeure à l'application du calendrier vaccinal. Ceci est retrouvé par François *et Al.* dans leur étude de 2011 conduite auprès de 341 médecins généralistes. Ils avaient trouvé que 8% ne recommandaient pas la vaccination des nourrissons (32).

3.3.3. Le changement trop fréquent :

Le changement du calendrier en 2013 avec notamment une réduction du nombre de vaccins a souvent été accueilli avec enthousiasme par les médecins de notre étude. Cependant il est important de noter que ces changements, quasiment annuels, sont vécus comme une difficulté supplémentaire par certains médecins, que ce soit dans leur adaptation personnelle vis-à-vis des recommandations, mais aussi par rapport aux explications qu'ils donnent aux patients. C'est aussi ce que soulignent Kestenbaum et Feemster dans leur étude de 2015 (33) ou encore Petousis-Harris *et Al.* dans leur article de 2003 (34). Un résultat similaire est retrouvé dans l'étude de Verge *et Al.* de 2015 (13).

Par exemple, la principale modification sur le calendrier 2017 concerne le vaccin contre le méningocoque C. Une première dose doit être proposée à 5 mois, avec un rappel à partir de 12 mois (contre une seule injection à partir de 12 mois auparavant). Finalement, ce calendrier, qui avait été allégé, retrouve une injection à l'âge de 5 mois, qui n'en comportait pas jusque-là (35).

3.3.4. Obligatoire « contre » Recommandé, situations hétérogènes en Europe :

Une autre difficulté rencontrée par certains médecins généralistes est la dichotomie entre vaccins obligatoires et vaccins recommandés.

Les vaccins obligatoires aujourd'hui en France sont ceux composant le DTP dont les premières injections débutent dès le 2^e mois, avec un rappel à 4 mois et à 11 mois (la primo-vaccination DTP). Cette primo-vaccination est obligatoire, et doit avoir été réalisée avant les 18 mois de l'enfant. D'autre part, les rappels sont obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans pour la poliomyélite (36). Les autres vaccins qui constituent le calendrier vaccinal sont recommandés.

La difficulté que représente cette dichotomie a bien été retrouvée dans un article paru dans le BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) en 2016, portant sur 440 médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (37). Il était difficile pour 33% d'entre eux de trouver des arguments pour expliquer aux parents/patients la raison de cette différence. 31% d'entre eux trouvaient que cette scission était une entrave pour convaincre les patients.

Un des médecins de notre étude avait même parlé de remarques que les patients avaient pu faire à ce propos et le peu de réponses qu'il arrivait à leur fournir. Il y a peu de sources concernant cette donnée, mais cette réticence est bien là, comme l'ont mentionné Dubé *et Al.* dans leur article de 2013 (38).

Quelques médecins avaient trouvé dommageable le manque d'homogénéité des calendriers vaccinaux entre la France et les autres pays de l'Union Européenne.

Au Royaume-Uni par exemple, aucun vaccin n'est obligatoire. Un vaccin « 5 en 1 » (incluant DTP, coqueluche, Haemophilus influenzae type b) est proposé à l'âge de 2, 3 et 4 mois. Le vaccin contre le pneumocoque est administré à 2 mois, 4 mois et 12 mois. Celui contre le rotavirus à 2 mois et 3 mois. Le vaccin anti-méningococcique du groupe B est injecté à 2 mois, 4 mois et 12 mois. Le vaccin contre ROR est fait à 12 mois, avec rappel tardif à 40 mois. Le vaccin anti-méningocoque C est fait en 2 injections à l'âge de 3 et 12 mois, la 2^{ème} injection étant couplée avec la 4^{ème} injection de Haemophilus influenza b. A noter que le vaccin contre l'hépatite B est proposé uniquement aux populations à risque (toxicomanes, nouveaux nés de mères infectées, homosexuels, patients avec pathologies chroniques, prisonniers, etc...) (39).

En Allemagne, il n'existe pas d'obligation vaccinale non plus. Le calendrier vaccinal est relativement comparable à celui du Royaume-Uni : un hexavalent (DTP, coqueluche, hépatite B, Haemophilus influenzae type b) à 2, 3, 4 et 11 mois. Le vaccin antipneumococcique est proposé à 2, 4 et 11 mois, celui contre le rotavirus à 6 semaines, 2 mois (et 3 mois pour le vaccin en 3 doses). Le vaccin contre ROR est administré à 11 mois avec rappel à 15-18 mois. Une seule injection contre le méningocoque C est faite à partir de 12 mois (pas de rappel). Le reste n'est pas détaillé ici (40).

En Italie, les vaccins DTP et Hépatite B sont obligatoires pour le nourrisson, à 3, 5 et 11 mois. Coqueluche, Haemophilus et pneumocoque suivent le même schéma. Le rotavirus en 2 ou 3 injections entre 3 et 7 mois (41). Les vaccins suivants sont devenus obligatoires depuis la fin du mois de mai 2017 en Italie : vaccins contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle et la méningite, la polio, la diphtérie, le tétanos, l'hépatite B, la coqueluche et l'Haemophilus de type b (42).

Globalement il y a beaucoup de similarités entre les différents calendriers. Cependant la différence principale réside dans l'obligation vaccinale qui diffère selon les vaccins et les pays. En effet, selon le HCSP la France et l'Italie sont les seuls pays industrialisés à avoir une obligation vaccinale. Cela est à rapprocher au fait que la France et l'Italie ont un très haut niveau de réticence concernant la sécurité vaccinale, comme le soulignent Larson *et Al.* dans leur étude de 2016 (10).

3.3.5. Système immunitaire immature, trop stimulé, épuisé :

Certaines notions sont apparues autour de l'effet supposé des vaccins sur le système immunitaire. Elles découlent d'une des principales réticences identifiées : trop de vaccins, et le trop jeune âge des premières vaccinations.

Selon quelques médecins interrogés, le système immunitaire du nourrisson est immature, voire fragile. Ils pensent que la réponse immunitaire secondaire aux vaccins affaiblit encore plus voire épuise le système immunitaire du nourrisson. Ce dernier serait donc dans l'impossibilité de faire face aux infections courantes et à l'exposition bactérienne quotidienne. D'autres médecins craignent que le processus d'immunisation per-vaccinal monopolise les défenses immunes, l'empêchant de répondre aux agressions concomitantes. Le nourrisson serait donc en danger.

D'autre part, ces praticiens craignent de provoquer des maladies ou des atopies en vaccinant trop et trop tôt. Ce sont leurs principales raisons de retarder l'âge des premiers vaccins de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Dans l'étude européenne du ECDC de 2015, ces idées sont aussi retrouvées chez les médecins généralistes, et pas seulement France (5).

3.3.6. Principe de la population cible :

Il est apparu une notion importante, dans le discours de plusieurs médecins interrogés. Ils expliquaient vacciner certains de leurs patients selon des critères individuels, non retrouvés dans les recommandations officielles. C'est la notion de population cible.

Ce phénomène concernait principalement le vaccin contre l'hépatite B puisque, souvent, ils le proposaient aux professionnels de santé (étudiants), aux personnes à comportement à risque (toxicomanes, homosexuels, nomadisme sexuel...).

Il est important de rappeler qu'en France, ce vaccin est recommandé à la totalité de la population. Les vaccins contre grippe et HPV faisaient aussi partie des vaccins proposés ainsi.

3.4 Influences sur la pratique médicale :

3.4.1. **Influence de l'expérience professionnelle :**

L'expérience professionnelle, bien que d'un niveau de preuve scientifique extrêmement bas, est un déterminant majeur de la pratique de beaucoup de professionnels de santé. M10 nous faisait part de son expérience professionnelle dans un centre pour handicapés mentaux : pour elle, la majorité des cas était liée à des accidents vaccinaux.

D'autres nous avaient parlé de l'influence négative qu'avait eue sur leur pratique l'apparition de cas de SEP dans leur patientèle et le rapprochement qu'ils avaient fait avec la vaccination contre l'hépatite B.

Cette influence de l'expérience professionnelle est retrouvée par Larson *et Al.* dans leur étude qualitative européenne de 2015 pour le ECDC. Ils trouvaient en effet que l'expérience professionnelle vis-à-vis des vaccins, qu'elle soit positive ou négative, influence le schéma décisionnel du soignant (5).

L'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination) de Martinez *et Al.*, étude qualitative réalisée sur 36 médecins généralistes en 2016, retrouvait que le fait d'avoir suivi des patients atteints de maladies à prévention vaccinale avait une influence positive sur la vaccination (43).

3.4.2. **Influence de l'homéopathie :**

Une constatation importante dans notre étude est l'influence de la pratique de l'homéopathie. Les médecins généralistes interrogés qui pratiquaient aussi l'homéopathie étaient plus vaccino-sceptiques que les autres. Ils vaccinaient moins, et doutaient beaucoup de l'intérêt et de l'innocuité des vaccins, ainsi que des procédés de fabrication. Ils pensaient souvent pouvoir provoquer des maladies en vaccinant. La plupart d'entre eux avançait pouvoir bien soigner les maladies à prévention vaccinale par l'homéopathie et ne voyait donc pas l'utilité de vacciner. Dans son article de 2005 sur l'homéopathie en pédiatrie, Spiegelblatt retrouvait que la pratique de l'homéopathie était souvent associée à un refus de la vaccination et à une faible recommandation de celle-ci de la part des médecins homéopathes (44).

3.4.3. **Influence de la religion et de la morale :**

La religion est omniprésente, et très ancrée dans notre société. Elle influence donc indéniablement les décisions médicales. Un des médecins interrogés, qui avait des signes religieux bien exposés dans son cabinet et qui se présentait volontiers comme pratiquant, évoquait son « boycott » actif des vaccins halal.

Par ailleurs, il avait dit être très réticent vis-à-vis de vaccins qu'il disait être fabriqués sur embryons humains. Il ne refusait pas d'administrer ces vaccins, mais indiquait écrire sur l'ordonnance en toutes lettres « fabriqué sur fœtus humain » à titre dissuasif. Pour lui cela était comme « *utiliser le fruit d'un meurtre* », car il pensait que ces cellules venaient de fœtus avortés.

Les deux types de cellules citées, utilisées pour culture des vaccins, étaient les cellules MRC 5 et Wistar RA 27/3.

Concernant ces cellules :

Selon un article de Jacobs de 1976 (45), ces cellules sont dérivées de poumons de fœtus humain de 14 semaines avorté, en 1966. Ce sont des cellules diploïdes humaines génétiquement normales. Ces cellules sont capables d'atteindre 45 générations de dédoublement avant d'être sénescents. Les vaccins fabriqués sur ces cellules chez GSK® sont PRIORIX®, TWINRIX®, HAVRIX®, VARILRIX®. Par exemple, on retrouve dans le résumé des caractéristiques du produit du VARILRIX® qu'il est fabriqué sur ces cellules (46).

Wistar RA 27/3 est en fait une souche de virus vivant atténué de la rubéole. Ces souches sont produites sur des fibroblastes de poumon diploïdes humains WI-38, dérivés d'un fœtus humain de 3 mois (47).

Que ces souches virales soient produites sur des cellules dérivées de fœtus humains avorté était, pour lui, incompatible avec sa religion et celle de ses patients.

Cependant, comme le retrouvent Larson *et Al.* dans leur étude de 2016 (10), les types de religions en eux-mêmes ne sont pas liés à des réticences vaccinales, qui seraient plutôt liées à d'autres facteurs nationaux. Grabenstein, dans sa revue de la littérature de 2013, trouvait que peu de textes religieux, à l'exception des scientifiques chrétiens, rejetaient la vaccination. Par ailleurs, ces refus seraient plutôt liés à des choix personnels, philosophiques. De plus, dans certains groupes religieux, le refus était plutôt traditionnel et social qu'un enseignement religieux pur (48).

3.5 Faux certificats :

Il est important de noter qu'un des médecins interrogés disait avoir pu réaliser de faux certificats de vaccination. Un autre en avait parlé de façon implicite en expliquant n'avoir jamais vacciné ses enfants. Concernant cette pratique, la loi est claire, comme le rappelle le Conseil National de l'Ordre des Médecins. La réalisation de faux certificats peut être punie jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende (49). Nous n'avons pas trouvé d'étude sur ce sujet dans la littérature, ce qui n'est pas surprenant devant les obstacles éthiques que présenterait un tel travail.

3.6 La concertation citoyenne :

La concertation citoyenne est la suite logique d'un travail qui a débuté en 2008 dont la finalité est de proposer des solutions pour améliorer la couverture vaccinale en France. Elle est issue de plusieurs constats, notamment que la couverture vaccinale en France chez l'adolescent est insuffisante concernant le méningocoque C, le ROR (deux doses), la coqueluche, l'hépatite B et le pneumocoque du sujet immunodéprimé. Par ailleurs, cette couverture vaccinale est en baisse concernant le vaccin contre HPV et la grippe saisonnière.

Un autre constat est qu'en cas de suppression des obligations vaccinales, plus de 15% des médecins n'insisteraient pas sur l'importance de la vaccination (enquêtes 2007 et 2015 (37)), et plus de 20% des 20-30 ans ne feraient pas vacciner leurs enfants contre le DTP (baromètre santé 2016).

La concertation a débuté en 2016, Madame Marisol Touraine était alors Ministre de la santé. Elle s'est déroulée pendant l'été 2016. Les citoyens ont eu l'opportunité de s'exprimer librement via un site internet dédié (10 435 contributions d'internautes). Quarante-quatre auditions ont eu lieu (représentants de différentes sociétés savantes, institutions sanitaires, assurance maladie, associations, industrie pharmaceutique, etc...). Il y a eu deux jurys constitués : un jury citoyen et un jury de professionnels de santé.

Pour améliorer la couverture vaccinale, le jury citoyen proposait d'améliorer la formation des professionnels de santé, soutenir la communication et la médiatisation par les moyens utilisables actuellement. Une implication de l'Education Nationale paraît indispensable sur le plan de la communication et de l'éducation des élèves. Sur le plan financier, il propose de réévaluer le taux de remboursement des vaccins pour les rendre accessibles à toute la population. Le nombre de professionnels de santé habilités à vacciner devrait être augmenté (pharmaciens, sages-femmes...). Enfin, il lui paraît judicieux de centraliser les données afin d'envoyer des relances automatiques aux patients concernant leurs vaccins (SMS, courriels), voire créer un e-carnet de santé.

Concernant l'obligation vaccinale, la moitié du jury citoyen était en faveur de lever cette contrainte, argumentant que cela mettrait tous les vaccins au même niveau d'importance. Pour l'autre moitié du jury, lever cette obligation risquerait de faire baisser la couverture vaccinale, du fait des réticences actuelles de la population.

Le jury de professionnels de santé, afin d'améliorer la couverture vaccinale, a émis plusieurs thèmes de propositions :

- La communication : création d'une plateforme centralisée de communication qui serait utilisée comme porte-parole, afin de n'avoir qu'une source d'information officielle. Elle permettrait une réactivité immédiate en cas de crise, la création et diffusion de documents de référence à la fois pour le grand public et pour les professionnels de santé. Elle serait un support éducatif disponible pour les jeunes.
- L'obligation vaccinale : création d'un principe d'autonomie régionale, avec une responsabilisation des régions, leur permettant de modifier la politique vaccinale en fonction des épidémies et données épidémiologiques régionales (même si certains membres du jury estimaient cela plus risqué que bénéfique). D'autre part, il proposait de réfléchir à la façon d'élargir l'obligation vaccinale des professionnels de santé, en donnant l'exemple de la coqueluche pour ceux travaillant auprès d'enfants.
- Une préférence pour les vaccins combinés : ce qui permettrait une harmonisation avec les autres pays d'Europe, avec un moindre risque de pénurie par simplification de la production. Aussi, ils seraient probablement moins nocifs car permettraient l'injection de moins d'adjuvants.
- L'accessibilité des vaccins : afin d'améliorer l'accès aux vaccins pour toute la population, le jury a proposé la gratuité des vaccins pour les personnes qui ne bénéficient pas de mutuelle.
- L'amélioration de l'observance du calendrier vaccinal : le jury a fait plusieurs propositions dont favoriser l'utilisation du dossier médical partagé électronique et du carnet de santé électronique. Il se posait la question de faire signer un consentement éclairé aux parents/patients en cas de refus de vaccination. Il faudrait simplifier les démarches qui constituent le parcours entre prescription et vaccination. Enfin, il proposait d'inclure des infirmiers certifiés parmi les acteurs de la prescription vaccinale.

Le comité d'orientation, composé de représentants de la société civile, professionnels de santé et chercheurs en sciences humaines et sociales, a défini les différentes étapes du processus et en était responsable.

Ses propositions principales étaient les suivantes :

- Elargissement temporaire de l'obligation vaccinale à l'ensemble du calendrier pédiatrique avec un retour au régime non obligatoire seulement une fois qu'une couverture vaccinale satisfaisante sera obtenue et la confiance de la population acquise.
- Possibilité pour des parents de signer une clause d'exemption impliquant une prise de responsabilité de leur part.

- Fortifier la recommandation pour le vaccin contre HPV et l'étendre aux garçons.
- Gratuité (prise en charge par d'assurance maladie) de la totalité des vaccins ainsi devenus obligatoires et du vaccin contre HPV.
- Application du régime d'indemnisation des effets indésirables.

Des propositions ont aussi été réfléchies concernant la transparence, et l'information sur les vaccins.

Enfin, le Conseil d'Etat a discuté de ces suggestions en février 2017 :

- Il constate l'impasse que représente l'obligation vaccinale concernant le DTP et la non-disponibilité d'un vaccin ne comportant que le DTP.
- Il réfute la notion selon laquelle il serait néfaste de vacciner avec les autres valences non obligatoires actuellement associées au DTP.
- Il souligne que les autres vaccinations sont bien recommandées.
- Il répond à sa mission en réclamant à la Ministre de la santé de faire respecter la loi. Ainsi il exige la mise à disposition d'un vaccin qui correspond à l'obligation.
- Et ce, par le rétablissement du DTP seul dans les 6 mois, ou la levée de l'obligation vaccinale, ou bien, l'élargissement de l'obligation à la totalité des 6 vaccins utilisés actuellement.

Suite à ces propositions du Conseil d'Etat, 23 sociétés savantes, via un communiqué de presse, réagissent et font remarquer qu'aucun vaccin DTP seul n'est disponible à ce jour sur la planète. Par ailleurs, l'hypothèse d'une levée de l'obligation vaccinale semble dangereuse pour la couverture vaccinale, exposant la population à des maladies graves. Finalement, elles soutiennent l'élargissement de l'obligation vaccinale car cela semble être la seule hypothèse envisageable pour protéger la population.

Ces mesures sont maintenant du ressort du nouveau gouvernement, dirigé par Monsieur Emmanuel Macron, dont nous connaissons les suites au plus tard en août 2017.

3.7 Comparaison des réticences des médecins avec celles des patients :

Les déterminants de l'hésitation vaccinale chez les patients ont beaucoup été étudiés, afin d'essayer de comprendre celle-ci et de s'y adapter. Ce qui en ressort souvent est la complexité de ce problème, et ses causes multifactorielles.

Nous allons maintenant comparer les réticences des médecins généralistes retrouvées dans notre travail avec celles des patients, déjà identifiées dans la littérature.

3.7.1. Vaccin contre hépatite B et SEP :

Le lien entre hépatite B et SEP est une réticence retrouvée de façon ubiquitaire, notamment en France depuis la polémique des années 1990. Elle a profondément atteint les patients et reste gravée dans les esprits. C'est à cause de telles affirmations sur l'existence de ce lien que la campagne de vaccination contre l'hépatite B dans les écoles a été arrêtée (31) (38). Comme le disent Larson *et Al.* dans leur étude de 2011 (50), ce lien existait dans l'esprit des patients, et a été renforcé lors de l'arrêt de la campagne de vaccination de masse. En effet, la réaction immédiate du public a été de penser que si la campagne a été interrompue, c'est bien qu'il y avait des effets négatifs.

3.7.2. Vaccin contre HPV, SEP et syndrome de Guillain-Barré :

Le lien présumé entre vaccin contre HPV et SEP a aussi été retrouvé comme étant une réticence des médecins de notre étude. C'est en effet une défiance retrouvée dans la thèse d'A. Lecoq en 2014 (51). Elle expliquait que les parents avaient fait un parallélisme avec le vaccin contre l'hépatite B et son lien avec la SEP.

Même si c'était rarement retrouvé dans leur revue de la littérature (2014), Holman *et Al.* ont mis en évidence que le manque d'efficacité du vaccin pouvait être une cause de frein à la vaccination anti-HPV notamment pour les professionnels de santé (52).

Notre travail a identifié le risque de syndrome de Guillain-Barré à l'origine de la réticence de certains médecins à vacciner contre HPV. Cependant, nous n'avons pas trouvé de référence dans la littérature retrouvant le même résultat chez les patients.

3.7.3. Les vaccins sont inefficaces :

Il a été argumenté par plusieurs médecins généralistes interrogés que certains vaccins puissent être peu voire pas efficaces. Cela avait surtout été le cas pour les vaccins contre HPV, le vaccin antigrippal et le vaccin contre le méningocoque C.

Cette raison a été identifiée comme frein à la vaccination en général par Siddiqui *et Al.* dans leur étude de 2013 menée aux Etats Unis d'Amérique (53).

Concernant plus particulièrement le vaccin antigrippal, Benin *et Al.* dans leur étude qualitative de 2006 avaient identifié des patientes qui pensaient ce vaccin inefficace, puisque leur enfant contracterait une grippe malgré tout (54).

3.7.4. Perte de confiance envers les laboratoires :

Le problème de la confiance envers les laboratoires pharmaceutiques a été soulevé dans notre étude. Cela correspond aux réticences du public retrouvées par Siddiqui *et Al.* dans leur étude de 2013 (53). Ils évoquaient aussi les possibles liens inappropriés entre l'industrie pharmaceutique et les instances publiques.

Une des raisons que nous avons identifiée de ce manque de confiance, est le manque de transparence souvent reproché à l'industrie pharmaceutique. Ceci a aussi été identifié chez les patients, comme réticence potentielle, par Hardt *et Al.* dans leur étude de 2013 (31).

3.7.5. Préférence pour l'immunité naturelle :

Plusieurs médecins de notre étude disaient préférer que l'enfant rencontre certaines maladies plutôt que de vacciner contre, c'était le cas notamment de la rougeole et de la varicelle, qualifiée certaines fois aussi de maladie initiatique. Le fait de vouloir privilégier une immunité dite naturelle, était une des raisons de ne pas vacciner. Cette réticence a été aussi retrouvée sur le versant patient par Gowda *et Al.* dans leur étude de 2013 (4), avec des parents qui préféreraient que leur enfant acquière une immunité naturellement via la maladie plutôt que via un vaccin.

3.7.6. Aluminium :

L'aluminium a été identifié comme réticence de certains médecins interrogés dans notre étude. Il a notamment été question de son association présumée avec certaines maladies auto-immunes, et la myofasciite à macrophages.

Cette réticence rejoint clairement celle des patients, et plus particulièrement le risque de myofasciite à macrophages. Le lien entre aluminium, myofasciite à macrophages et maladies neurodégénératives est une hypothèse soutenue par E3M (Association d'Entraide aux Malades de Myofasciite à Macrophages) (55).

3.7.7. Calendrier vaccinal :

Dans notre travail, beaucoup de réticences avaient émergées vis-à-vis du calendrier vaccinal. Parmi les médecins interrogés, plusieurs étaient réticents par rapport au nombre de vaccins. Quelques autres, souvent les mêmes, pensaient que les injections débutaient trop tôt.

Ces données ont été aussi identifiées chez les patients, c'est ce qu'ont retrouvé Siddiqui *et Al.* dans leur étude (53). Ils montraient que certains parents, plutôt que de refuser les vaccins, avaient recours à des calendriers vaccinaux alternatifs, en retardant souvent l'âge des premières injections, mais aussi sélectionnant certains vaccins à ne pas faire. Ces calendriers alternatifs avaient été inspirés de livres écrits par des médecins (par exemple : « What Your Doctor May Not Tell You About(TM) Children's Vaccinations » de Dr Stephanie Cave). Mergler *et Al.* dans leur étude de 2013 avaient trouvé des résultats similaires, en explorant des réticences de médecins et de patients (9).

Le fait que le calendrier vaccinal change souvent a été retrouvé dans notre étude comme source de réticence. Il a été mis en avant la difficulté que les médecins généralistes ont à suivre tous ces changements, et qu'il est parfois difficile d'expliquer aux patients les raisons de ces changements. C'est un résultat qui avait été retrouvé chez les patients par Gowda *et Al.* dans leur étude de 2013 (4).

Les difficultés et la confusion qu'engendrent les changements des calendriers vaccinaux, et leur manque d'homogénéité entre les différents pays a été retrouvé dans notre étude. C'est aussi une source de confusion et de questionnement, parfois de réticences pour les patients, comme le soulignent Larson *et Al.* dans leur étude de 2011 (50).

Il avait été retrouvé, comme principaux déterminants de ces réticences sur le calendrier vaccinal, les troubles que les vaccins peuvent engendrer sur le système immunitaire du fait du jeune âge des nourrissons. Il était question de système immunitaire immature, trop stimulé, et possiblement affaibli par les vaccins. Ces résultats ont été retrouvés chez les patients dans les articles cités précédemment : (9) et (53).

3.7.8. Conclusion de ces comparaisons médecins et patients :

Après ces comparaisons des principales réticences identifiées chez les médecins interrogés avec celles de patients, retrouvées dans la littérature, il nous paraît maintenant évident que les réticences des médecins généralistes sont très similaires à celles des patients.

Il nous semble important d'explicitier que les réticences retrouvées dans notre étude ne sont pas toutes présentes chez tous les médecins généralistes rencontrés, mais bien la somme des réticences rencontrées lors des différents entretiens.

Quel cheminement peut amener des professionnels scientifiques à ces conclusions ? Les médecins restent avant tout humains, possiblement influencés par leur environnement (les médias, leur famille), leur histoire personnelle et professionnelle. La désinformation vaccinale prend de l'ampleur, et exerce indéniablement une forte influence sur les patients et les médecins. Le manque de formation continue

est un déterminant important puisqu'il représente un frein aux changements des mentalités. L'influence de l'histoire personnelle et professionnelle des médecins n'est pas maîtrisable, mais doit entrer en compte dans les messages des autorités sanitaires. Si les laboratoires pharmaceutiques ont été écartés de la formation médicale, ils continuent d'exercer une influence non négligeable. Par ailleurs, les « propagandes » anti-vaccins ne se contraignant pas à fournir des preuves scientifiquement valables pour argumenter leurs messages, prennent de l'avance et dispensent beaucoup plus d'informations que les autorités sanitaires ou autres groupes qui luttent actuellement pour l'amélioration des couvertures vaccinales et rétablir la vérité. Cette information bénéficie notamment de témoignages, souvent mal informés et revendicateurs, auxquels le grand public est sensible, ce qui renforce les désinformations qui y sont associées. Certains médecins se sont associés à ces mouvements de désinformations, ce qui leur donne aussi une crédibilité auprès de la population. Il ne faut pas sous-estimer le rôle des réseaux sociaux, notamment, qui sont très largement occupés par le mouvement anti-vaccin et qui permettent une diffusion importante de messages anti-vaccination. Finalement, cette désinformation utilise les sentiments, émotions et le vécu des patients et des médecins pour faire passer son message.

3.8 Solutions proposées pour améliorer la couverture vaccinale :

3.8.1. Médiatisation et communication :

Il a été proposé, tout d'abord, une meilleure communication. La délivrance d'informations claires concernant les vaccins et les maladies qu'ils préviennent est apparue primordiale. Pour cela, était mise en avant la diversité des modes de communication utilisés par les détracteurs de la vaccination : internet, réseaux sociaux, télévision, etc...En effet, pour une meilleure diffusion de l'information, il paraît évident qu'il est nécessaire d'utiliser des moyens de communications variés, et au goût du jour. Des campagnes d'information télévisées pourraient être réalisées.

Cela rejoint une des propositions du jury des professionnels de santé de la concertation citoyenne. Une de leurs autres suggestions était la gestion de cette information par un seul et même organe, centralisé, comme l'est l'Agence France Presse pour le journalisme. Ce système permettrait une meilleure réactivité en cas de crise, et la diffusion d'informations homogènes et non contradictoires comme cela a pu être reproché lors de certaines situations critiques. Par ailleurs, cela permettrait de donner une unique source officielle à consulter pour avoir des informations, que ce soit pour les professionnels ou les patients.

Le reportage trottoir ou reportage choc était l'idée d'un des médecins de notre étude afin d'augmenter la couverture vaccinale. Il avait pris l'exemple d'un reportage type caméra-cachée lors de la mort d'un enfant suite à un tétanos, il pensait que filmer et montrer le cercueil de la taille de l'enfant aurait permis

de faire réagir les « vaccino-sceptiques ». Cette façon de faire, c'est-à-dire tenter de choquer pour éduquer, montrer le pire pour faire tendre au meilleur, est une pratique courante. On peut citer, par exemple, les campagnes de sécurité routière mais aussi l'impression d'images chocs sur les paquets de cigarettes et les messages d'information sur l'impact du tabac sur la santé.

Ce type de reportage pourrait être une solution, cependant l'utilisation d'images réelles paraît difficilement acceptable sur le plan éthique. De plus, vis-à-vis de l'hésitation vaccinale, le groupe de travail de l'OMS SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) a conclu que les messages de communication de type combattifs, cherchant à faire réagir, ne sont pas recommandés, par opposition à un mode de communication positive, proactive (2). De la même façon, une étude randomisée de Nyhan *et Al.* en 2014 ont bien démontré l'inefficacité de messages à caractère choquant, notamment le fait de montrer des photos d'enfants atteints de maladies à prévention vaccinale. Il a aussi été montré que la lecture de récits dramatiques concernant des nourrissons qui avaient failli mourir de ces maladies était non seulement inefficace pour convaincre de vacciner, mais par ailleurs renforçait les croyances personnelles sur les effets secondaires potentiellement graves de ces vaccins (56).

Dans notre travail, un des médecins avait évoqué les campagnes de vaccination et de sensibilisation à la vaccination réalisées au sein de la maison de santé dans laquelle elle exerce. Cela permet effectivement d'éduquer les patients consultants dans cette structure, et d'agir activement pour améliorer la couverture vaccinale très localement. Ce type d'action, pourrait agir comme bras actif, en complément de la création d'un service d'information centralisé comme discuté plus haut.

3.8.2. Politique vaccinale :

Il avait été proposé par un médecin le remboursement de tous les vaccins comme solution pour améliorer la couverture vaccinale. Cet argument est intéressant, d'autant plus que certains vaccins sont onéreux : par exemple le vaccin anti-HPV GARDASIL® coûte 121,08 euros, remboursable à 65%, le reste étant pris en charge par les mutuelles (ceci est donc un faux argument concernant les vaccins recommandés). On peut citer aussi ceux contre le rotavirus dont le prix conseillé est libre et non remboursé par la sécurité sociale (d'après le Vidal®). Ils ne sont actuellement plus recommandés en France donc non pris en charge par les mutuelles. Ce phénomène a été évalué par l'étude PRALINE de 2016 de Vié le Sage *et Al.* qui montrait une augmentation significative de la couverture vaccinale anti-hépatite B suite au programme de remboursement du vaccin INFANRIX HEXA® en 2008 (57).

Le retour d'un vaccin contenant uniquement le DTP était souhaitable pour deux des médecins généralistes interrogés. L'un argumentait que cela permettrait une meilleure adhésion des parents anti-

vaccins. Pour l'autre, il était incompréhensible d'obliger à vacciner avec d'autres valences que celles obligatoires sous prétexte que le vaccin contre DTP n'est plus disponible seul.

Nous revenons bien dans la discussion soulevée par le Conseil d'Etat et la concertation citoyenne cités plus haut.

Un des médecins avait mis en avant une généralisation de l'obligation vaccinale, au moins pour les professionnels de santé. Encore une fois, cela va dans le sens des propositions de la concertation citoyenne, qui demande une généralisation de l'obligation vaccinale à l'ensemble du calendrier vaccinal pédiatrique, du moins jusqu'à obtention d'une couverture vaccinale satisfaisante et le regain de confiance du public. Pour rappel, le jury des professionnels de santé proposait une réflexion sur l'élargissement de l'obligation vaccinale pour les professionnels de santé, notamment à propos du vaccin contre la coqueluche pour ceux travaillant dans le domaine pédiatrique.

Pour deux autres médecins, cette obligation vaccinale est une mauvaise idée. En effet, il est possible d'argumenter que cette mesure est vécue comme une contrainte, et peut donc finalement être contre-productive.

La concertation citoyenne est une très bonne initiative qui a nécessité un travail lourd et fastidieux. Cette réflexion pluridisciplinaire a abouti à des propositions intéressantes, mais aucune prise de position de la part des instances décisionnelles à ce jour, comme le déplorait un des médecins de notre étude.

3.8.3. Transparence :

La confiance du grand public et celle des médecins généralistes faiblit vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques. Il existe un sentiment de rétention d'information de la part des laboratoires, et qui s'étend à la vaccination en général. L'argument financier est souvent retrouvé, prétextant que le but lucratif est le but premier de l'industrie pharmaceutique. Cette approche est un catalyseur de la méfiance croissante des patients, mais aussi des médecins.

Comme mettaient en avant Hardt *et Al.* dans leur article en 2013 (31), une totale transparence est nécessaire dans les échanges entre l'industrie et les différents intervenants des secteurs publics de santé. De plus, il est nécessaire que l'information délivrée soit la plus cohérente possible entre les différentes sources, afin d'éviter les informations contradictoires. Cette transparence concernera les procédés de fabrication des vaccins, une information claire et loyale sur l'importance et le rôle des adjuvants, notamment l'aluminium. Elle concernera aussi l'organisation du calendrier vaccinal et expliquera les raisons des fréquentes modifications.

V. CONCLUSION

La vaccination est un des principaux progrès de santé publique après l'eau potable selon l'OMS. Avec sa généralisation, les maladies qu'elle prévient ont énormément reculé. Ce qui apparaît maintenant au premier plan est l'hésitation vaccinale. Ces réticences sont nombreuses, l'hésitation vaccinale est un problème complexe et multifactoriel que beaucoup essaient de comprendre. Ce travail s'inscrit dans cet effort de compréhension et d'identification et cherche à montrer que les réticences des médecins généralistes sont similaires à celles des patients. Pour cela nous avons opté pour une méthodologie qualitative.

L'analyse des 13 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes libéraux installés Auvergne-Rhône-Alpes nous a permis de mettre en évidence de nombreuses hésitations vaccinales ainsi que certains de leurs déterminants.

Dans notre étude, les principaux vaccins sujets à hésitations sont le vaccin contre l'hépatite B et les vaccins contre HPV. En effet, la principale réticence concernant le vaccin contre l'hépatite B était son lien présumé avec la SEP. Les hésitations liées aux vaccins anti-HPV étaient leur rapport avec la SEP et le syndrome de Guillain Barré, son inefficacité et le manque de recul suffisant. Une particularité liée à l'existence d'un test de dépistage des cancers du col de l'utérus était le sentiment de fausse protection que peuvent procurer ces vaccins.

Le calendrier vaccinal est une autre grande source d'hésitation. Le nombre de vaccins est perçu comme trop important. L'âge des premières injections est considéré comme trop jeune. Le calendrier étant mis à jour régulièrement, les médecins se sentaient mis en difficulté pour actualiser leurs connaissances mais aussi pour expliquer aux patients les raisons de ces changements. L'immaturité, supposée, du système immunitaire du nourrisson était le principal argument pour justifier du report de vaccins. La surstimulation du système immunitaire pourrait, selon les médecins, avoir plusieurs effets : l'affaiblissement ou la monopolisation des défenses immunitaires, l'empêchant de répondre à d'autres agressions.

La notion de population cible est un élément important dans notre étude. En effet, plusieurs médecins ont expliqué adapter les indications de certains vaccins (en particulier celui contre l'hépatite B) aux populations qu'ils considéraient à risque.

Le rôle présumé délétère des adjuvants est aussi au premier plan de l'hésitation vaccinale. L'aluminium notamment est une source de réticences du fait de son implication supposée dans des atteintes neurologiques et la myofasciite à macrophages.

Certains médecins se fiaient plus à leurs convictions qu'aux recommandations. Celles-ci étaient principalement tirées de leurs expériences personnelles et professionnelles. La formation d'homéopathie est apparue comme un facteur influençant la pratique vaccinale de façon déterminante. Deux attitudes

vis-à-vis des patients hésitants sont ressorties de notre travail : une agressive, tandis qu'une autre empathique.


Le refus de vacciner était rare, mais présent. Il prenait plus souvent la forme d'un report, par contrainte lourde du respect de la loi. Les raisons étaient variées et pour certaines, justifiées. La réalisation de faux certificat par un des médecins est l'expression ultime de l'hésitation vaccinale.

Nous pouvons dire que les réticences des médecins analysées ici ont finalement peu de fondement scientifique ou peuvent être basées sur des données erronées. Elles sont semblables à celles des patients. Afin d'améliorer la couverture vaccinale, il paraît pertinent de favoriser la communication et la transparence entre le grand public et les autorités sanitaires, mais surtout avec les laboratoires pharmaceutiques.


La concertation citoyenne qui a eue lieu en 2016 a abouti à plusieurs propositions importantes, en particulier l'élargissement de l'obligation vaccinale à l'ensemble du calendrier pédiatrique et la généralisation du vaccin contre HPV à toute la population. Le Conseil d'Etat a proposé trois alternatives : un retour de la commercialisation du vaccin contre DTP seul, l'obligation vaccinale pour les autres vaccins actuellement associés au DTP ou *a contrario* la levée de cette contrainte légale. Des décisions politiques devraient être prises d'ici août 2017 sous l'égide du nouveau gouvernement.

Actuellement, la confiance est érodée, et participe grandement aux réticences vaccinales des patients, mais aussi des médecins. Son rétablissement sera un travail de longue haleine, mais essentiel.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature


GROUPE HOSPITALIER EST
Hôpital Femme-Mère-Enfant
Professeur Gilles ALLET
N° RPPS 1234567890
Urgence Pédiatrique - Pédiatrie
59 boulevard Pasteur - 69615 Lyon - France

VU,
Le Doyen de la Faculté de médecine
et de Maieutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 07/06/2017

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. Ten Great Public Health Achievements in the 20th Century | About | CDC; [cité le 24 mai 2016]. Disponible: <http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>
2. WHO [En ligne]. WHO | SAGE meeting of October 2014; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/en/>
3. Spier RE. Perception of risk of vaccine adverse events: a historical perspective. *Vaccine*. 2001;20:S78-S84.
4. Gowda C, Dempsey AF. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. *Hum Vaccines Immunother*. 8 août 2013;9(8):1755-62.
5. Larson H, Karafillakis E, Antoniadou E, Baka A, Baban A, Pereti-Watel P, et al. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe a qualitative study. [En ligne]. Stockholm : ECDC; 2015 [cité le 24 août 2016]. Disponible: <http://dx.publications.europa.eu/10.2900/425780>
6. À propos des vaccins [En ligne]. Site Officiel du Pr. Henri Joyeux. 2015 [cité le 31 mai 2016]. Disponible: <http://www.professeur-joyeux.com/a-propos-des-vaccins/>
7. [En ligne]. La couverture vaccinale en France / 2013 / Communiqués de presse / Espace presse / Accueil; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2013/La-couverture-vaccinale-en-France>
8. Angelucci C, Pierre M. L'hésitation vaccinale: comportements et attentes : étude qualitative auprès de médecins généralistes et de patients du sud-est de la France [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2017.
9. Mergler MJ, Omer SB, Pan WKY, Navar-Boggan AM, Orenstein W, Marcuse EK, et al. Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers. *Vaccine*. sept 2013;31(41):4591-5.
10. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. oct 2016;12:295-301.
11. Redonnet A, Grosdidier M-C. Quels sont les freins persistants à la vaccination contre l'hépatite B en 2011?: Enquête auprès de 445 enfants consultants aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen entre janvier et mars 2011. France; 2011.
12. Fiquet-Peuch J. Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Etude sur 3 vaccinations particulières [exercice, en ligne]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité le 18 oct 2016]. Disponible: <http://thesesante.ups-tlse.fr/419/>
13. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine*. août 2015;2(8):891-7.
14. Martínez-Sernández V, Figueiras A. Central nervous system demyelinating diseases and recombinant hepatitis B vaccination: a critical systematic review of scientific production. *J Neurol*. août 2013;260(8):1951-9.

15. Farez MF, Correale J. Immunizations and risk of multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis. *J Neurol.* juill 2011;258(7):1197-206.
16. [En ligne]. fiche-gvp-vaccination-hbv-et-sep-20160522.pdf; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/fiches-polemiques-vaccinales/fiche-gvp-vaccination-hbv-et-sep-20160522.pdf>
17. HAS. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE GARDASIL [En ligne]. 2013. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525559/en/gardasil
18. DES VACCINATIONS ADCT. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. mars 2007 [cité le 8 mai 2017]; Disponible: <http://acces.ens-lyon.fr/acces/ressources/immunité-et-vaccination/reponse-immunitaire/comprendre/pageaccueilvaccins/vaccins-anti-hpv/Avis%20du%20CSHPF%2009.03.07.pdf>
19. ANSM A. Vaccins anti-HPV et risque de maladies autoimmunes : étude pharmacoépidémiologique [En ligne]. 2015. Disponible: file:///C:/Users/meot/Downloads/Ansm_Gardasil-Hpv_Rapport_Septembre-2015_Version-2.pdf
20. Mailand MT, Frederiksen JL. Vaccines and multiple sclerosis: a systematic review. *J Neurol* [En ligne]. 7 sept 2016 [cité le 8 mai 2017]; Disponible: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-016-8263-4>
21. Andrews N, Stowe J, Miller E. No increased risk of Guillain-Barré syndrome after human papilloma virus vaccine: A self-controlled case-series study in England. *Vaccine.* mars 2017;35(13):1729-32.
22. Prematunge C, Corace K, McCarthy A, Nair RC, Pugsley R, Garber G. Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers—A systematic review. *Vaccine.* juill 2012;30(32):4733-43.
23. [En ligne]. CDC. Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness.; Avril 2017 [cité le 10 mai 2017]. Disponible: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/effectiveness-studies.htm>
24. Marinone C, Bastard M, Bonnet P-A, Gentile G, Casanova L. Efficacité d'un traitement préventif par Influzinum en période hivernale contre la survenue d'un syndrome grippal. *Thérapie* [En ligne]. févr 2017 [cité le 10 mai 2017]; Disponible: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0040595717300355>
25. HCSP. Vaccination antiméningococcique C [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique; déc 2016. Disponible: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=593>
26. [En ligne]. INVS. Couverture vaccinale méningocoque C; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Meningocoque-C>
27. [En ligne]. INPES. Mobilisons nous pour la vaccination !; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp110422-b.pdf>
28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Vaccinations: attitudes et pratiques des médecins généralistes [En ligne]. 2015. Disponible: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>

29. Balinska MA. Hepatitis B vaccination and French Society ten years after the suspension of the vaccination campaign: How should we raise infant immunization coverage rates? *J Clin Virol.* nov 2009;46(3):202-5.
30. Brandt C, Rabenau HF, Bornmann S, Gottschalk R, Wicker S. The impact of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on attitudes of healthcare workers toward seasonal influenza vaccination 2010/11. *Editor Team Editor Board.* 2011;11:153.
31. Hardt K, Schmidt-Ott R, Glismann S, Adegbola R, Meurice F. Sustaining Vaccine Confidence in the 21st Century. *Vaccines.* 24 juin 2013;1(3):204-24.
32. François M, Alla F, Rabaud C, Raphaël F. Hepatitis B virus vaccination by French family physicians. *Médecine Mal Infect.* oct 2011;41(10):518-25.
33. Kestenbaum LA, Feemster KA. Identifying and Addressing Vaccine Hesitancy. *Pediatr Ann.* 1 avr 2015;44(4):e71-5.
34. Petousis-Harris H, Goodyear-Smith F, Turner N, Soe B. Family physician perspectives on barriers to childhood immunisation. *Vaccine.* juin 2004;22(17-18):2340-4.
35. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. Calendrier vaccinal 2017; 15 mai 2017 [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal>
36. Code de la santé publique - Article R3111-2 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911702>
37. Collange F, Fressard L, Pulcini C, Launay O, Gautier A, Verger P, et al. Opinions des médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur le régime obligatoire ou recommandé des vaccins en population générale, 2015 [En ligne]. 2016. 406-13 p. Disponible: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12993
38. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy: An overview. *Hum Vaccines Immunother.* 8 août 2013;9(8):1763-73.
39. [En ligne]. Choices NHS. Vaccination schedule - Vaccinations - NHS Choices; 5 août 2017 [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://www.nhs.uk/Conditions/vaccinations/Pages/vaccination-schedule-age-checklist.aspx>
40. [En ligne]. RKI - STIKO Recommendations; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: http://www.rki.de/EN/Content/infections/Vaccination/recommendations/recommendations_node.html
41. [En ligne]. Vaccine Schedule; [cité le 13 juin 2017]. Disponible: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>
42. Franceinfo [En ligne]. La vaccination des enfants est désormais obligatoire en Italie; 19 mai 2017 [cité le 3 juin 2017]. Disponible: http://www.francetvinfo.fr/monde/italie/la-vaccination-des-enfants-est-desormais-obligatoire-en-italie_2198546.html
43. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination: l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Santé Publique.* 2016;28(1):19-32.

44. Spiegelblatt L. Homeopathy in the paediatric population. *Paediatr Child Health*. mars 2005;10(3):173-7.
45. Jacobs JP. The status of human diploid cell strain MRC-5 as an approved substrate for the production of viral vaccines. *J Biol Stand*. 1976;4(2):97-99.
46. ANSM [En ligne]. Résumé des Caractéristiques du Produit VARILRIX; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0250303.htm>
47. [En ligne]. Caractéristiques des cellules WI-38 ATCC; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: https://www.lgcstandards-atcc.org/products/all/CCL-75.aspx?geo_country=fr
48. Grabenstein JD. What the World's religions teach, applied to vaccines and immune globulins. *Vaccine*. avr 2013;31(16):2011-23.
49. Conseil national de l'Ordre des médecins. certificats médicaux règles générales d'établissement [En ligne]. oct 2006. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>
50. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*. 2011;378(9790):526-535.
51. Lecoq A. Déterminants de la vaccination anti HPV. Étude qualitative auprès des parents et de leurs jeunes filles. 7 oct 2014;156.
52. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. Barriers to Human Papillomavirus Vaccination Among US Adolescents: A Systematic Review of the Literature. *JAMA Pediatr*. 1 janv 2014;168(1):76.
53. Siddiqui M, Salmon DA, Omer SB. Epidemiology of vaccine hesitancy in the United States. *Hum Vaccines Immunother*. 1 déc 2013;9(12):2643-8.
54. Benin AL. Qualitative Analysis of Mothers' Decision-Making About Vaccines for Infants: The Importance of Trust. *PEDIATRICS*. 1 mai 2006;117(5):1532-41.
55. Association E3M - Myofaciite à Macrophages [En ligne]. Association E3M - Myofaciite à Macrophages; [cité le 3 juin 2017]. Disponible: <http://www.asso-e3m.fr/>
56. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective Messages in Vaccine Promotion: A Randomized Trial. *PEDIATRICS*. 1 avr 2014;133(4):e835-42.
57. Vié le Sage F, Gaudelus J, Lert F, Dufour V, Texier N, Pouriel M, et al. Public health impact of Infanrix hexaTM (DTPa-HBV-IPV/Hib) reimbursement: A study programme in France. Part 2: Evolution of the acceptability of infants' vaccination against hepatitis B in general and pediatric practices – the PRALINE study. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juin 2016;64(3):185-94.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien

- Date
- Lieu
- Contexte
- Ambiance

Quelques questions de quantitatif pour l'échantillon (Homme ou Femme, âge, lieu de pratique, type de pratique, autres pratiques que la médecine ...) :

1 : Sexe

2 : Age

3 : Dans quel type de structure travaillez-vous ?

Cabinet seul, en association, en collaboration, en maison de santé ?

4 : Vous exercez en milieu rural, semi-rural ou urbain ?

5 : Pratiquez-vous une autre activité dans votre pratique de la médecine ? (acupuncture, homéopathie, hypnose, psychothérapie, médecine du sport, infiltration, naturopathie, médecine salariée... etc)

Si oui, pouvez-vous me décrire brièvement de quoi il s'agit ?

Donc moi je suis Damien Méot, interne à la faculté de médecine de Lyon Sud. Je fais ma thèse sur les déterminants des hésitations des médecins généralistes à la vaccination. Donc d'abord merci de m'avoir répondu et accueilli, on va enregistrer l'entretien, ensuite je vais tout retranscrire à l'écrit de façon complètement anonyme. Ensuite tout sera effacé. Est-ce que cela vous convient ?

1 : Que pensez-vous du calendrier vaccinal actuel ?

- De débiter à 2 mois ?
- Le nombre de vaccins/valences à chaque fois ?

2 : Quelle est votre attitude vis-à-vis des parents et patients hésitants à la vaccination ?

- Que pensez-vous des réticences à la vaccination ?
- Et vous ?
- Et la sclérose en plaque ?
- Et l'autisme ?
- Et les maladies auto-immunes ou systémiques ?

3 : Quelle a été votre attitude concernant la vaccination de vos proches?

- Quelle a été votre attitude concernant vos propres vaccinations ?
- Et la grippe ?

4 : Que pensez de la balance bénéfice/risque concernant la vaccination ?

- Voulez-vous bien m'expliquer ce qui peut vous amener à refuser de vacciner ?
- Partagez-vous certaines réticences des patients ? Lesquelles ?
- Que pensez-vous de la formation concernant les vaccins ?

5 : Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la couverture vaccinale en France ?

Annexe 2 : Grille COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quel(s) auteur(s) ont mené les entretiens individuels ?	Damien Méot
2	Titres académiques	Quel(s) étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale : en stage de pédiatrie à Montélimar, puis en médecine polyvalente à Tournon-sur-Rhône, puis en stage ambulatoire niveau 1
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Atelier initiation à la recherche qualitative organisé par le département de médecine générale de la faculté de médecine de Lyon.
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteurs et participants se connaissait-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Le statut académique (interne), la faculté d'origine

8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Aucune
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu
Sélection des participants			
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par recrutement téléphonique au hasard. Médecins sélectionnés s'ils pensaient avoir des réticences à la vaccination.
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	22
Contexte			
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet du médecin ou au restaurant (choix laissé au médecin)
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	9 hommes et 4 femmes, âgés de 31 à 67 ans. 7 avec pratique complémentaire.
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ?	Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui (enregistrement audio)
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien ?	Oui, pendant et après, sur un carnet de bord.
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 5 minutes 27 secondes et 53 minutes 30 secondes (moyenne de 26 minutes et 39 secondes).
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes définis à l'avance, mais rediscuté et adaptés à chaque entretien.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo 11 pro®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, chaque citation est identifiée au médecin référent en respectant l'anonymat.
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe numérique :

Vous trouverez sur support numérique :

- l'intégralité des entretiens retranscrits (M1 à M13)
- le fichier de codage NVivo®

MEOT Damien

Explorations des hésitations vaccinales des médecins généralistes libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes

Thèse de médecine Lyon 2017 : n° 184

RESUME :

Introduction : La vaccination est une des clefs de voûte de la santé publique mondiale. L'hésitation vaccinale croissante, notamment en France, est un déterminant et une entrave majeure à l'obtention d'une couverture vaccinale optimale nécessaire pour protéger la population.

Méthodes : Une approche qualitative avec analyse de 13 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes libéraux installés Auvergne-Rhône-Alpes nous a permis de mettre en évidence de nombreuses hésitations vaccinales ainsi que certains de leurs déterminants.

Résultats : Deux vaccins étaient plus discutés, le vaccin contre l'hépatite B et son lien présumé avec la SEP et les vaccins anti-HPV et le manque de recul sur leur utilisation ainsi que leur supposée faible efficacité, leur lien avec le syndrome de Guillain-Barré. Dans le calendrier vaccinal, le nombre de vaccins proposés était trop élevé et l'âge des premières injections trop jeune. La peur d'altérer ou d'affaiblir le système immunitaire était bien présente, les adjuvants en étaient une des raisons. Certains médecins semblaient se fier plus à leurs convictions et croyances qu'aux recommandations. Par ailleurs, le lien entre homéopathie et hésitation vaccinale semblait fort. Le refus vaccinal était rare, il prenait souvent la forme d'un report de vaccinations, cependant dissuadé par une obligation légale pour certains vaccins. Les raisons de ce report étaient nombreuses. La réalisation de faux certificats est l'expression ultime de l'hésitation vaccinale.

Conclusion : Les réticences sont nombreuses, et souvent sans réel fondement scientifique, et volontiers basées sur des données erronées. L'hésitation vaccinale des médecins généralistes est semblable à celle des patients. Afin de la réduire, et d'améliorer la couverture vaccinale, il semble impératif d'améliorer la communication et la transparence entre les laboratoires pharmaceutiques, les autorités sanitaires et le grand public.

MOTS CLES

Hésitation vaccinale, réticence, vaccination, médecine générale, médecins généralistes

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves GILLET

Membres : Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Madame le Professeur Florence ADER

Monsieur le Docteur Christophe PIGACHE

Monsieur le Docteur François VIE LE SAGE

DATE DE SOUTENANCE : 06 juillet 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR

Damien MEOT
64 chemin de Belledonne
73100 Tresserve
damien.meot@hotmail.fr