

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 29 Octobre 2020 à Poitiers
par **Monsieur Antoine GUAY**

Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes
de Charente par rapport à la loi élargissant l'obligation
vaccinale à onze pathogènes

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur France ROBLOT

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Virginie LAIDET

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 29 Octobre 2020 à Poitiers
par **Monsieur Antoine GUAY**

Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes
de Charente par rapport à la loi élargissant l'obligation
vaccinale à onze pathogènes

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur France ROBLOT

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Virginie LAIDET

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyn, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur France Roblot, je vous exprime ma profonde reconnaissance pour avoir accepté si rapidement de présider ma thèse. C'est un réel honneur de vous avoir comme présidente de ce jury.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Virginie Laidet, Merci pour votre accompagnement au cours de ces trois années d'internat. Je vous remercie également pour votre soutien, vos conseils avisés et votre précieuse aide pour la construction de ce travail.

À Monsieur le Docteur Pascal Parthenay, Je vous remercie profondément pour votre aide apportée tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur François Birault, vous avez accepté de faire parti de ce jury, veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect.

À ma famille

À mes parents, je vous remercie pour le soutien indéfectible que vous m'avez apporté tout au long de mon parcours, je n'y serais pas arrivé sans vous.

Merci pour les valeurs et les principes que vous m'avez transmis, j'espère vous rendre fiers.

À ma soeur, Hélène, tu as toujours pris soins de moi et je t'en remercie. J'espère que tu viendras souvent nous voir à la Réunion. Loin des yeux, près du coeur.

À mon frère, Gilles, merci pour ta générosité sans limite, j'ai hâte de revenir vivre à la Réunion (J-7) où nous pourrons enfin nous retrouver et passer de nombreux moments ensemble.

À mes grands mères, que je regrette de ne pas voir plus souvent. J'espère que vous êtes fières de votre petit fils.

A mes grands pères qui malheureusement ne sont plus présents, j'espère sincèrement que vous observez l'homme que je suis devenu et êtes fiers du chemin parcouru.

À mon amour, Alison, cette thèse marque un tournant dans notre vie, je suis si heureux que l'on parte construire notre futur, ensemble, à la Réunion. Tu as toujours été là pour moi depuis maintenant plus de 6 ans et je le sais, pour encore de nombreuses années. Je t'aime.

À ma belle-famille, merci pour l'accueil à bras ouvert au sein de votre famille.

Sylvie, Jimmy, merci pour tout, les conseils, le soutien, Merci.

Kevin, merci de me laisser gagner au golf et pour tous ces moments passés ensemble.
Leslie et Mathieu, merci pour votre gentillesse et votre bienveillance, merci d'avoir fait de moi le "Tonton Antoine" de Mila.

À mes amis

À Paul, même si je ne donne pas beaucoup de nouvelles, je sais que lorsque l'on se retrouve, c'est comme si nous ne nous étions jamais quittés. Merci d'avoir appelé ton fils Antoine, ça me touche énormément. J'ai hâte de rencontrer ce petit bout.

À Adrien, merci pour cette amitié qui dure depuis de nombreuses années, merci pour ces nombreuses heures de "geek" qu'on assume à 100%. Merci de m'avoir mis en tête le mot amalgame quand je dis "Go D". J'ai tellement hâte d'être enfin de retour à la Réunion pour pouvoir profiter ensemble.

J'espère que tu sais que tu pourras toujours compter sur moi.

À Samir, tu es un ami en or et je suis fier de te compter parmi mes plus proches amis. J'aurai tellement d'anecdote à raconter mais elles resteront entre nous.
Je suis tellement heureux de rentrer à la Réunion pour pouvoir voir grandir ton fils.

À Lolo et Shayou, chaque moment passé avec vous est tellement agréable mais malheureusement ils se font trop rares depuis quelques temps à cause de la distance. J'espère que vous viendrez nous retrouver à la Réunion pour palier à tout ça. Love

À tous mes amis de Tahiti, Juju, Roro, Pauline et Hamza, merci pour ces 6 mois riches en émotions qui resteront à jamais gravé dans ma mémoire. J'espère vite tous vous retrouver.

À tous mes co-internes avec qui j'ai partagé tellement de choses, merci pour votre soutien durant des stages pas toujours faciles mais toujours riches en souvenirs. Merci à Morgane et Adrien qui sont devenus bien plus que des co-internes.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION.....	1
1.1.	La vaccination en France avant 2018.....	1
1.1.1.	Une hésitation vaccinale grandissante.....	1
1.1.2.	Des couvertures vaccinales parfois insuffisantes.....	2
1.2.	Autorités sanitaires et vaccination.....	3
1.2.1.	Une succession de plans inaboutis.....	3
1.2.2.	La loi vaccinale, une mesure inévitable.....	3
1.3.	Médecins généralistes et vaccination.....	4
1.3.1.	Rôle des médecins généralistes dans la vaccination.....	4
1.3.2.	Difficultés relatives à la vaccination.....	4
1.4.	ECLAIRCISSEMENT SUR LA LOI VACCINALE.....	4
1.4.1.	La loi vaccinale n°2017-1836 du 30 décembre 2017.....	4
1.4.2.	Rôle du médecin vaccinateur.....	5
1.4.3.	Sanctions pour un médecin s'opposant à la vaccination d'un enfant.....	5
1.4.4.	Les parents ou titulaires de l'autorité parentale.....	5
2.	MATERIEL ET METHODE.....	7
2.1.	Choix d'une étude qualitative.....	7
2.1.1.	Réalisation du guide d'entretien.....	7
2.1.2.	Recrutement des médecins.....	7
2.2.	Réalisation des entretiens.....	8
2.2.1.	Réalisation des entretiens semi-dirigés.....	8
2.2.2.	Retranscription des entretiens semi-dirigés.....	8
2.3.	Analyse qualitative des données.....	8
2.3.1.	Codage.....	8
2.3.2.	Triangulation des données.....	8
3.	RÉSULTATS.....	9
3.1.	Cartographie de l'échantillonnage.....	9
3.2.	La vaccination avant la loi	12
3.2.1.	Hiérarchisation des vaccins.....	12
3.2.1.1.	Obligatoires > Recommandés.....	12
3.2.1.2.	Réticence importante par rapport aux vaccins du ROR et de l'hépatite B	12
3.2.2.	Des consultations parfois difficiles.....	13

3.2.2.1.	Consultations longues.....	13
3.2.2.2.	Argumentation du médecin.....	14
3.2.2.3.	Des arguments peu entendus.....	14
3.3.	L'obligation vaccinale.....	15
3.3.1.	Des avantages ressentis par les médecins généralistes interrogés.....	15
3.3.1.1.	Augmentation de la couverture vaccinale.....	15
3.3.1.2.	Consultations moins compliquées.....	16
3.3.1.3.	Un argument de plus pour le médecin.....	16
3.3.2.	Des inconvénients ressentis par les médecins généralistes interrogés.....	17
3.3.2.1.	Manque de communication auprès de la population.....	17
3.3.2.2.	Une place moins importante.....	17
3.3.2.3.	Absence de souplesse.....	18
3.3.2.4.	Difficultés pour le rattrapage vaccinal.....	18
3.3.2.5.	Demandes de faux certificats de vaccination.....	19
3.3.3.	Ressenti des médecins généralistes par rapport aux sanctions....	19
3.3.4.	Les points à améliorer selon les médecins généralistes interrogés.....	20
4.	DISCUSSION.....	22
4.1.	Forces et faiblesses de l'étude.....	22
4.1.1.	Forces de l'étude.....	22
4.1.2.	Faiblesses de l'étude.....	23
4.2.	Discussion des résultats.....	24
4.2.1.	Thématique de la vaccination avant la loi de 2018.....	24
4.2.2.	Thématique de la loi vaccinale de 2018.....	28
5.	CONCLUSION.....	33
	BIBLIOGRAPHIE.....	34
	ANNEXES.....	38
	RÉSUMÉ et MOTS CLÉS.....	45
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	46

1. INTRODUCTION :

Depuis près de deux siècles, la vaccination joue un rôle considérable dans la lutte contre les maladies infectieuses et contribue à réduire la mortalité et la morbidité qui leur sont associées.

« À l'exception de l'eau potable, aucune mesure, y compris les antibiotiques, n'a eu d'effet aussi important que la vaccination, sur la mortalité et la croissance de la population mondiale. » ^[1]

Le médecin généraliste a quant à lui, une place centrale en terme de vaccination de la population française. En effet, selon une étude de 2016, la principale source d'information utilisée par les patients en matière de vaccination est le médecin généraliste. ^[2]

Afin de remédier à une augmentation de l'hésitation vaccinale, Madame la ministre de la santé Agnès BUZYN a élargi l'obligation vaccinale qui ne concernait alors que la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, aux vaccins jusqu'ici recommandés.

Nous mettrons l'accent dans cette introduction sur le contexte ayant mené au vote de cette loi et rappellerons les changements principaux à la suite de l'instauration de cette dernière.

1.1. La vaccination en France avant 2018

1.1.1. Une hésitation vaccinale grandissante

Au-delà d'une simple protection individuelle, la vaccination permet une immunité de groupe à condition que suffisamment de personnes soient vaccinées pour enrayer la propagation de l'agent infectieux dans la population.

L'adhésion de la population est donc un élément clé afin d'atteindre les objectifs de couverture vaccinale.

Durant les deux dernières décennies, plusieurs controverses sur les vaccins ont vu le jour dans plusieurs pays et notamment en France. Celles-ci ont contribué à créer des inquiétudes quant aux effets indésirables graves de certains d'entre eux et a eu tendance à éroder la confiance dans les autorités sanitaires, les experts et la science. ^[3]

Crainte des effets indésirables et perte de confiance, voilà les deux variables au cœur de l'hésitation vaccinale. Cette dernière est définie par l'OMS comme “le fait de retarder ou de refuser une vaccination sûre malgré sa disponibilité...plusieurs facteurs entrent en jeu dont la désinformation, la complaisance, la commodité et la confiance”

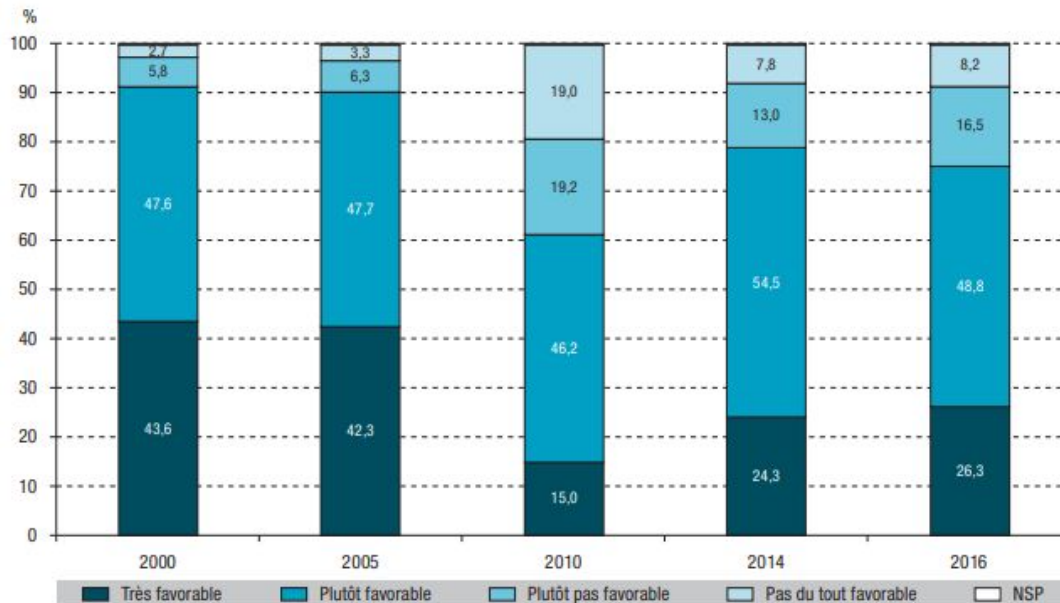
C'est à ce titre que l'OMS la considère d'ailleurs en 2019 comme “Une des dix plus grandes menaces pour la santé”.

Selon une enquête menée par Santé Publique France, cette confiance a diminué de manière importante en France entre 2005 et 2010 suite à la campagne de lutte contre la pandémie H1N1. En effet, dans cet intervalle, la proportion d'individus très favorables à la vaccination a chuté de 42,3% à 15%.

Malgré un regain de confiance entre 2012 et 2014, de nouvelles études révèlent une baisse de confiance au premier semestre 2015 et pour la première fois depuis de nombreuses années, Santé Publique France avait noté une baisse de 5% de la primo-vaccination du nourrisson.

En 2016, la France reste le leader mondial de l'hésitation vaccinale avec 41% de la population jugeant le vaccin peu sûr contre 13% de moyenne mondiale. ^[4]

Évolution de l'adhésion à la vaccination (en %) parmi les 18-75 ans, France, 2000-2016



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, Santé publique France. NSP : ne sait pas.

1.1.2. Des couvertures vaccinales parfois insuffisantes

L'OMS a préconisé une couverture supérieure ou égale à 95% pour l'ensemble des maladies dont la prévention essentielle est vaccinale, à l'exception de la grippe, où la couverture vaccinale recommandée est d'au moins 75 %.

Si le taux de vaccination pour le DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), seul vaccin obligatoire avant 2018, est au-delà du seuil recommandé par la loi du 9 août 2004 suite aux recommandations de l'OMS, il n'en était pas de même pour les vaccins jusqu'alors recommandés.

L'étude Canvac réalisée en 2004 et portant sur la perception de la vaccination dans un échantillon de 957 personnes montre que 53% des personnes sondées pensent que les vaccins recommandés sont moins importants que les vaccins obligatoires. ^[5]

Selon un rapport de la politique vaccinale de Janvier 2016, la coexistence de vaccins obligatoires et recommandés, ne correspond à aucune réalité épidémiologique mais semble avoir instauré une mauvaise compréhension de la population. ^[6] En effet, les vaccinations obligatoires « DTP » maintenaient des taux de couverture élevés (97% en 2016) mais la situation était plus contrastée en ce qui concernait certains vaccins recommandés. Le ROR par exemple avait une couverture de 79%. Il en est de même pour le méningocoque C (70,9% en 2016). Ces taux de couvertures vaccinales sont donc nettement insuffisants pour permettre une immunité de groupe. ^[7]

Cette absence d'immunité de groupe peut avoir pour conséquences des réémergences

épidémiques comme nous l'avons connu depuis plusieurs années.

Ainsi, ont été dénombrées, entre 2011 et 2016, 298 cas d'infections graves à méningocoque C (méningite ou septicémie) chez des patients de 1 à 24 ans non vaccinés.^[8] Nous pouvons également citer l'exemple de l'hépatite B, diagnostiquée chez 2000 patients non vaccinés entre 2006 et 2016.^[7]

Cependant, l'exemple marquant de cette dernière décennie fut la réémergence de la rougeole avec près de 24000 cas entre 2008 et 2016 ayant entraîné 1500 pneumopathies graves, 34 complications neurologiques et 10 décès.^[7]

1.2. Autorités sanitaires et vaccination

1.2.1 Une succession de plans inaboutis

Les objectifs de couverture vaccinale ont été établis avec la loi du 9 août 2004 selon les recommandations de l'OMS (couverture supérieure ou égale à 95% pour les maladies à prévention vaccinale et une couverture d'au moins 75% pour la grippe.)

Cependant, il aura fallu attendre 2012 pour qu'un programme national d'amélioration de la politique vaccinale soit mis en place par la Direction Générale de la Santé. Celui-ci visait à développer une politique de communication pour inciter à la vaccination, améliorer le suivi, faciliter la recherche mais également simplifier le calendrier vaccinal. Pour se faire, les ARS ont été mobilisées avec mise en place de correspondants vaccination dans chacune d'entre elles afin d'uniformiser les actions au niveau national.^[9]

Les progrès furent très limités. Ainsi, un nouveau plan d'action ministériel fut mis en place en 2016 avant même la fin du précédent. Il s'articule autour de quatre axes : informer, coordonner, sécuriser l'approvisionnement et débattre.^[10]

Ce plan d'action fut à l'origine de la concertation citoyenne du 30 novembre 2016 concluant à la nécessité d'un élargissement des obligations vaccinales.^[11]

1.2.2 La loi vaccinale, une mesure inévitable

Dans ce climat d'hésitation vaccinale grandissante aboutissant à des couvertures vaccinales encore trop faibles et une succession de plans d'amélioration sans réelle efficacité, l'obligation vaccinale apparut comme la seule solution possible pour rétablir des couvertures vaccinales satisfaisantes à court terme.

De plus, le 8 février 2017, le Conseil d'Etat demande à la Ministre de la Santé de prendre les mesures nécessaires pour rendre disponibles les vaccins obligatoires seuls sans les valences recommandées sauf à ce que la loi évolue vers une extension des vaccinations obligatoires.^[12]

Ce fut finalement la décision prise avec une obligation des vaccins jusqu'alors recommandés amenant à 11 le nombre de vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018.

Ce projet a été soutenu par l'Académie Nationale de Pharmacie, l'Académie Nationale de Médecine ainsi que 23 sociétés médicales.

Il semble apporter un message plus clair sans hiérarchisation des vaccins et permettant de diminuer les comportements d'évitement par une obligation d'être à jour pour l'entrée en collectivité.

1.3 Médecins généralistes et vaccination

1.3.1 Rôle des médecins généralistes dans la vaccination

Le médecin généraliste occupe une place centrale en matière de vaccination. Il est à la fois le pivot de la prévention primaire en la matière mais également l'intermédiaire entre la stratégie nationale de vaccination et le patient.

De plus, la vaccination occupe une partie non négligeable des consultations du médecin généraliste, en effet, 1 consultation sur 20 serait dédiée à la vaccination d'après les chiffres de la Sécurité Sociale de 2016. ^[13]

Selon Baromètre Santé 2016, 81% des parents font du médecin généraliste leur première source d'information sur la vaccination.^[14] De plus, 95% des parents font confiance au médecin généraliste pour recueillir des informations fiables sur la vaccination. ^[15]

1.3.2 Difficultés relatives à la vaccination

Selon une étude menée en 2016, 81% des internes de médecine se sentent insuffisamment formés en matière de vaccination. ^[16]

De plus, les médecins qui recommandent souvent ou très souvent les différents vaccins sont ceux qui se sentent le plus à l'aise pour en délivrer les informations. Inversement, ceux qui recommandent peu ou pas certains vaccins sont ceux qui s'estiment insuffisamment formés sur le sujet, qui doutent de leur totale innocuité ou encore de leur utilité. ^[17]

D'après l'étude DIVA de 2016, pour deux médecins généralistes sur trois, le temps nécessaire pour suivre, aborder et expliquer le vaccin aux patients lors d'une consultation est un frein pour leur travail. ^[18]

De plus, comme l'explique le vice-président de la SFMG dans une interview de septembre 2016 au journal le Parisien, le calendrier vaccinal est modifié trop souvent. Il ajoute "Comment expliquer au parent qui vient avec son troisième enfant que, là où vous recommandiez trois piqûres puis un rappel, maintenant ce sera juste deux et pas de rappel !"^[19]

1.4. Eclaircissement sur la loi vaccinale

1.4.1. La loi vaccinale n°2017-1836 du 30 décembre 2017

Lors du projet de financement de la sécurité sociale pour 2018, le ministère de la Santé, sous la direction de Madame la ministre de la santé Agnès BUZYN, a proposé par le texte de loi n°2017-1836 l'élargissement de l'obligation vaccinale à onze pathogènes [Annexe 1] pour les individus nés à partir du 1er janvier 2018 afin de permettre une couverture vaccinale meilleure en accord avec les recommandations fixées par l'OMS.

Cela signifie également que pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, les vaccinations obligatoires conditionnent l'entrée ou le maintien en collectivité. ^[20]

1.4.2. Rôle du médecin vaccinateur

Selon cette loi, le médecin vaccinateur doit informer les parents ou titulaires de l'autorité parentale du caractère obligatoire de la vaccination. Il a également pour mission de fournir aux parents une information éclairée autour des bénéfices individuels et collectifs des vaccins afin de permettre une bonne compréhension du caractère obligatoire des vaccinations.

Il doit s'assurer de la traçabilité de la vaccination dans le carnet de santé de l'enfant. S'il n'existe pas de carnet de santé, le médecin pourra remplir un certificat attestant de l'état de vaccination de l'enfant.

1.4.3. Sanctions pour un médecin s'opposant à la vaccination d'un enfant

Le médecin est tenu d'apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire (article R4127-12 du CSP).

Ne pas proposer les vaccinations obligatoires, ne pas avoir expliqué aux parents les risques encourus en cas de non vaccination de leur enfant ou ne pas avoir assuré la traçabilité du refus des parents entraînent la responsabilité du professionnel de santé.

Ainsi, il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires pour le non-respect des articles R. 4127-2, R. 4127-12, R. 4127-43 et R. 4127-49 du code de la santé publique.

La production d'un faux certificat médical constitue un délit et est sanctionnée par une peine pouvant aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende selon l'article 441-1 du code pénal.

Le médecin peut évidemment ne pas réaliser un vaccin chez un enfant présentant une contre-indication médicale avérée (hyperthermie lors de la vaccination, allergie grave à un composant d'un vaccin ou encore une réaction allergique grave lors de la précédente injection du vaccin.)

Il produira alors une attestation de la non réalisation de la vaccination spécifique en lien avec la réaction allergique et non à l'ensemble des vaccins.

1.4.4. Les parents ou titulaires de l'autorité parentale

Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui assurent la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de l'obligation vaccinale. La preuve que cette obligation a été exécutée doit être fournie, selon des modalités définies par le décret du 25 janvier 2018, pour l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autres collectivités d'enfants. Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, il ne pourra donc pas entrer en collectivité. En crèche ou à l'école, une admission provisoire est néanmoins possible, les parents ont alors un délai de 3 mois pour procéder aux vaccinations. ^[21]

Les sanctions pénales relatives au refus des vaccinations ont été supprimées (Article

L3116-4 du code de la santé publique abrogé par la loi du 30 décembre 2017). Cependant, ne pas faire vacciner son enfant peut représenter un risque pour cet enfant, l'infraction générale du code pénal relative aux atteintes aux intérêts de l'enfant subsiste (Article L227-17 du code pénal) comme l'explique la Ministre de la Santé Madame Agnès BUZYN "Les parents sont censés protéger leurs enfants, et donc si un enfant un jour se retourne légalement contre ses parents parce qu'il a un handicap, parce qu'il n'a pas été vacciné [...] il a le droit de mettre en cause pénalement ses parents." [22]

Une telle loi ne peut pas être sans conséquences, positives ou négatives, sur la pratique des médecins généralistes.

Notre étude aura donc pour objectifs de recueillir le ressenti des médecins généralistes interrogés par rapport à cette loi et ainsi de mettre en évidence les avantages mais également les inconvénients d'une telle loi. Pour finir, nous essaierons de mettre en avant les points à améliorer, toujours selon les médecins généralistes interrogés.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Choix d'une étude qualitative

Traditionnellement utilisée en sciences sociales, une étude qualitative vise à recueillir les opinions, les comportements ou les sentiments d'une population. C'est ainsi que notre choix s'est tout naturellement tourné vers une telle étude puisque nous cherchons à explorer le ressenti des médecins généralistes.

De manière à atteindre au mieux les objectifs de notre enquête, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Ceux-ci permettent de maintenir un cadre tout en favorisant la liberté d'expression du sujet interrogé.

Afin de s'assurer de la pertinence scientifique de notre projet, nous avons utilisé la grille de critères COREQ [Annexe 5].

2.1.1 Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien réalisé avant le début de l'enquête [Annexe 3], regroupe les différentes questions à poser ou les thèmes à aborder lors des entrevues.

Plus qu'une simple liste de questions, celui-ci a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien.

Ce guide a été testé avec le premier médecin interrogé qui était un proche de l'enquêteur. Ce test a permis de familiariser l'enquêteur avec le guide mais également d'effectuer quelques ajustements.

Cet entretien n'a donc pas été inclut dans l'étude.

Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens en fonction des données recueillies.

2.1.2 Recrutement des médecins

Toutes les personnes interrogées étaient des médecins généralistes thésés installés dans le département de la Charente.

Le recrutement via une liste exhaustive des médecins de Charente était réalisé de telle sorte que la population soit la plus diversifiée possible en matière d'âge, de sexe, du nombre d'années d'installation ou encore du lieu d'exercice afin que les réponses collectées soient les plus variées possible.

Par la suite, l'enquêteur contacta par téléphone l'ensemble des médecins sélectionnés.

Le thème de l'étude « Ressenti des médecins généralistes de Charente vis à vis de la loi relative à l'extension de l'obligation vaccinale » était abordé dès le premier contact téléphonique.

Certains médecins initialement sélectionnés, n'ont pas pu être joints au téléphone par l'enquêteur.

Un seul a refusé de participer à l'enquête. La raison évoquée était un manque de temps pour nous recevoir.

2.2. Réalisation des entretiens

2.2.2. Réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont tous eu lieu dans les cabinets des médecins généralistes selon les souhaits des médecins interrogés.

L'enquêteur se présentait brièvement puis énonçait l'objectif principal de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux smartphones afin de limiter le risque d'incident technique.

Par la suite, les fichiers audios ont été sauvegardés sur un disque dur et une clé USB, toujours dans le même but.

Les entretiens se sont déroulés du 03 février au 24 juin 2020 avec une pause imposée par la pandémie actuelle.

2.2.3. Retranscription des entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont été retranscrits et les propos anonymisés. Les verbatims ont été réalisés grâce aux fichiers audio enregistrés. Le lecteur multimédia VLC® a été utilisé pour la lecture de ces fichiers audio. Le logiciel OpenOffice® a été utilisé pour le traitement de texte.

Chaque verbatim a été sauvegardé sur l'ordinateur de l'enquêteur ainsi que sur une clé USB.

2.3. Analyse qualitative des données

2.3.1. Codage

Après chaque retranscription, les verbatims ont été relus par l'enquêteur. Un codage ouvert a été réalisé afin de faire ressortir le maximum d'idées des entretiens et être le plus exhaustif possible.

Le logiciel QDA Miner Lite ® a été utilisé.

Par la suite, un codage axial a permis de faire ressortir des thèmes et sous-thèmes récurrents lors des entretiens et en adéquation avec la question de recherche.

2.3.2 Triangulation des données

Afin d'optimiser les résultats et de réduire les biais, une triangulation a été effectuée pour le codage. En effet, une tierce personne a également codé les verbatims en ouvert, puis en axial sans aucune influence de la part de l'enquêteur.

Par la suite, les deux arborisations ont été comparées avec discussion entre l'enquêteur et la tierce personne.

3. RÉSULTATS

3.1. Cartographie de l'échantillonnage

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 03 février et le 24 juin 2020.

Un médecin a refusé de participer à l'étude par manque de temps.

D'autres médecins n'ont pas pu être joints après contact avec leur secrétariat.

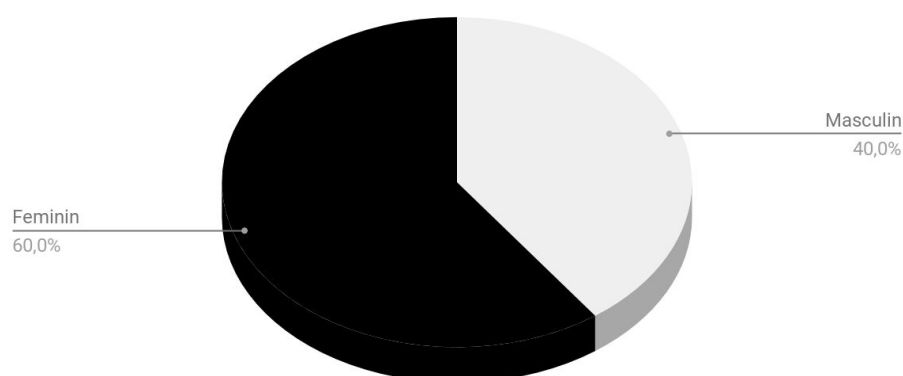
L'enregistrement des entretiens a duré entre 16 minutes et 39 minutes avec une durée moyenne de 23 minutes.

Les lieux de rencontres étaient choisis par les praticiens interrogés afin de faciliter les entretiens et l'ensemble de ces derniers a eu lieu dans le cabinet de ces médecins.

Le tableau complet de cartographie de l'échantillonnage est disponible [Annexe 2]

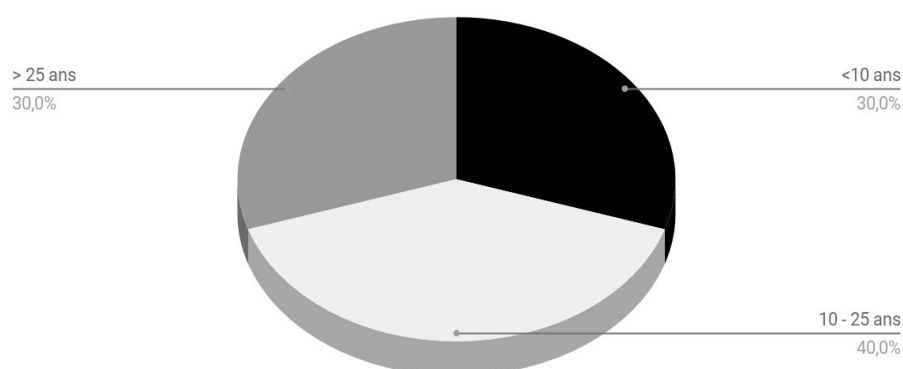
Sur les dix participants, il y avait quatre hommes et six femmes. Soit un sex-ratio de $\frac{2}{3}$.

Figure 1 : Répartition de la population en fonction du sexe



Nous avons pu mettre en évidence trois catégories selon le nombre d'années d'exercice.

Figure 2 : Représentation de la population en fonction du nombre d'année d'exercice

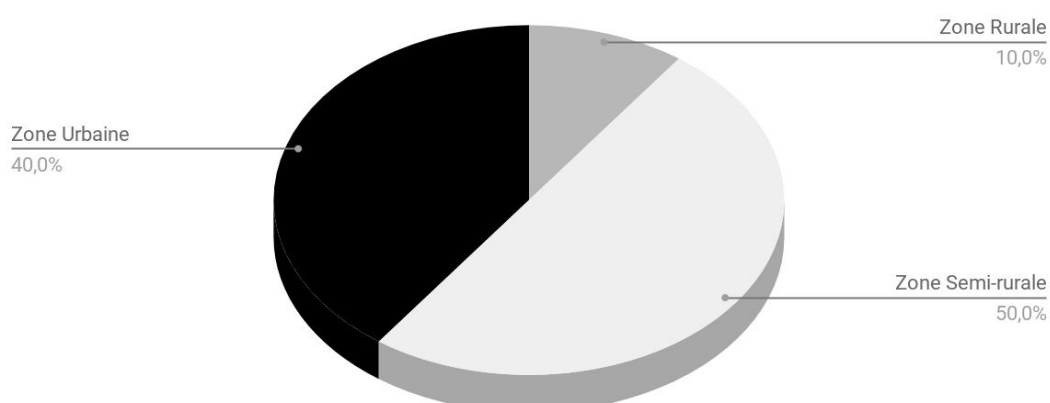


La Charente étant un département très diversifié au niveau géographique, regroupant de grandes agglomérations mais également de nombreuses zones rurales, il nous a paru important de décrire les lieux d'exercice des participants.

Pour se faire, nous avons repris les critères de zonage de l'INSEE :

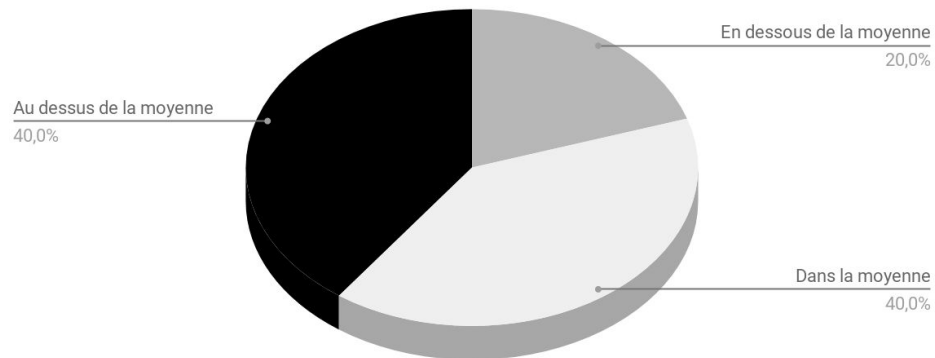
- Zone rurale : Moins de 2000 habitants
- Zone semi-rurale : 2000 à 9999 habitants
- Zone urbaine : Plus de 10 000 habitants

Figure 3 : Représentation de la population en fonction du lieu d'exercice



Notre étude portant sur la vaccination des nourrissons, nous avons également voulu mettre en évidence l'activité pédiatrique estimée de chaque praticien afin de limiter un éventuel biais de sélection. A noter qu'en moyenne, au niveau national, les consultations d'enfants de moins de 16 ans représentent 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes selon une enquête de la DREES de 2007. ^[23]

Figure 4 : Répartition de la population en fonction de l'activité pédiatrique estimée



3.2. La vaccination avant la loi

Il nous a paru nécessaire de réaliser un état des lieux de la vaccination avant la loi afin de comprendre pourquoi une telle mesure a été mise en place selon les médecins généralistes interrogés et ainsi recueillir leur ressenti par rapport à cette dernière.

3.2.1. Hiérarchisation des vaccins

3.2.1.1. Obligatoires > Recommandés

La hiérarchisation des vaccins est une idée ressortant de la quasi-totalité de nos entretiens. Une hiérarchisation qui mettait les vaccins obligatoires comme prioritaires par rapport aux vaccins recommandés. Une telle situation amenait les patients à ne vouloir pour leurs enfants que les vaccins obligatoires devant une confiance diminuée envers les vaccins recommandés comme l'explique le praticien M1 *“En fait avant, c'était pas du tout clair. Il y avait plein de vaccins qui n'étaient pas obligatoires, très peu étaient obligatoires et il y avait beaucoup de gens qui disaient “moi je ne fais que les vaccins obligatoires.”*

Il ajoute également *“Tout le reste était optionnel. Donc forcément, si c'est optionnel, ça fait un peu peur...Et pourquoi on ne les fait pas faire si c'est important de les faire ? Donc oui il n'y avait pas de confiance dans les vaccins optionnels”*.

Le médecin M7 ajoute quant à lui les dangers d'une telle hiérarchisation : *“hiérarchiser les vaccins n'a aucun sens et c'est ce qu'il se passait. Les gens avaient l'impression que se faire vacciner contre la rougeole était moins important que de se faire vacciner contre la polio...alors que c'est presque le contraire maintenant...”*

Une telle hiérarchisation semblait donc impliquer des refus partiels de vaccination comme le raconte également le médecin M2 *“Je n'ai pas eu de refus catégorique mais c'est vrai qu'avant la loi j'avais quand même pas mal de refus partiels.”*

Certains vaccins paraissaient ainsi plus difficiles à faire accepter à la population par les praticiens. Ces derniers, bien connus du grand public à la suite de controverses très médiatisées sont les vaccins contre les Rougeole-Oreillons-Rubéole et contre l'hépatite B.

3.2.1.2. Réticence par rapport aux vaccins du ROR et de l'Hépatite B

Pour illustrer la réticence que la population avait à accepter ces deux vaccins en particulier, le médecin M6 déclare : *“Oui, des questionnements sur la vaccination, avant la loi, il y en avait énormément donc avec beaucoup d'ambiguïté sur l'hépatite B, beaucoup de questionnements sur l'hépatite B, enfin des consultations un peu pénibles parce qu'en fait ce*

n'était pas des questionnements c'était des remises en question systématiques du système. On nous cache tout, on nous dit rien et il y en a eu beaucoup, dans les années 2015, c'était...ça devenait vraiment gonflant. Chaque consultation de vaccin on était obligé d'aller expliquer que « bah non ce n'est vraiment pas grave de vacciner son gosse contre l'hépatite B...Donc oui consultations pénibles avant la loi et de plus en plus pénibles au fil des années avec un manque de confiance complet des gens. »

On retrouve cette réticence vis à vis de ces deux vaccins dans nombre d'autres entretiens.

Le médecin M3 explique au sujet du vaccin de l'hépatite B : “

l'hépatite B, c'est vrai qu'il y a encore, toujours dans les esprits, les polémiques qu'il y a eu dans les années 80 donc ça ça reste...Quelquefois ils étaient réticents à faire ça...”

Le médecin M6 parle également du vaccin ROR et explique les craintes de ses patients par rapport à l'autisme “*Le vaccin de la rougeole les faisait flipper à fond ouai. Ils disaient ouai on m'a dit que ça pouvait rendre mon enfant autiste... enfin ce genre de peur non fondée mais difficile à défaire ”*

3.2.2. Des consultations parfois difficiles

Notre échantillon définit en majorité les consultations de vaccination antérieures à la loi de 2018 comme étant “difficiles” sur plusieurs points. Des consultations longues avec une nécessité d'argumentation importante et des arguments parfois peu entendus par les patients.

3.2.2.1. Consultations longues

Les consultations relatives à la vaccination des nouveaux nés avant 2018 ont été décrites par nombre de praticiens comme chronophage et le temps passé à expliquer les vaccins était un temps qu'ils ne pouvaient passer pour expliquer d'autres choses aux jeunes parents. Le médecin M3 explique “*C'est vrai que dans les consultations des fois on a l'impression quand on a des consultations de 20min, pour faire les examens, il y a tellement de choses à expliquer pour les nouveaux nés...qu'en plus expliquer pour les vaccins surtout quand les parents étaient pas tout à fait d'accord, c'est compliqué parce que des fois ils vont...ils pouvaient aller chercher des arguments assez loin quand même.*”

3.2.2.2. Argumentation du médecin

Afin de sensibiliser les patients à la vaccination, les praticiens avaient tendance en majorité à décrire simplement contre quelles maladies les vaccins protégeaient ou encore l'utilité des adjuvants comme le précise le médecin M4 : *“ Alors en général moi j'explique plutôt le rôle du vaccin. Des fois des adjuvants quand je sens qu'il y a des questions ou qu'ils posent des questions directement les parents. A ce moment là j'explique, notamment les changements d'adjuvants au fur et à mesure des décennies avec les changements de vaccins. ”*

Il semblerait que l'emploi de l'expérience personnelle était également très utilisé par les médecins généralistes de notre échantillon pour inciter à la vaccination ce que le praticien M9 décrit *“Alors ça c'est l'argumentaire que je sors toujours, j'ai vacciné mes enfants et j'ai vacciné mes petits enfants, comme les vôtres.”*

Pour répondre aux craintes des patients notamment envers les vaccins contre l'hépatite B et le ROR qui ont été au centre de polémiques dans les années passées, certains praticiens, ici le médecin M8, n'hésitait pas à expliquer comment le vaccin contre l'hépatite B avait été suspendu pour être repris par la suite : *“Je leur ai expliqué que effectivement il y avait eu un doute et que le doute avait fait que le ministre de l'époque avait décidé de suspendre cette vaccination qui n'était pas obligatoire mais systématique en 6ème et que le temps de faire une étude et d'évaluer un petit peu ce qu'il en était et que suite à ces études là on a démontré qu'il n'y avait pas plus de sclérose en plaque chez les enfants vaccinés que chez les autres, voir un tout petit peu moins mais ce n'était pas significatif et que il avait été décidé donc de reprendre cette vaccination et qu'on continuait toujours à poursuivre ces études là.”*

Afin de renforcer l'adhésion, le médecin M8 n'hésitait pas à prendre l'exemple de ses proches mais également à crédibiliser le vaccin en montrant son caractère obligatoire pour les professionnels de santé *“un des arguments qui pour moi pouvait les inciter c'était de dire que moi d'abord j'avais eu un enfant depuis et que je l'avais fait vacciner. D'autre part que le vaccin restait obligatoire pour les professionnels de santé et donc si ça avait été vraiment problématique...je pense que les médecins auraient pas forcément fait ça”*

3.2.2.3. Des arguments peu entendus

Malgré les argumentaires des médecins, certains patients ne semblaient pas réceptifs. Il en résultait donc un découragement des praticiens comme l'explique le médecin M6 qui de ce fait, n'essayait plus d'argumenter face à un patient réfractaire aux vaccins : *“En fait le problème c'est que de toute manière, même si tu as des arguments, les arguments sont pas entendus donc ça sert à rien d'aller argumenter moi je trouve.”*

Il est rejoint sur ce point par le praticien M2 *“ Alors ça c'est difficile hein, quand ils sont contre, ils sont contre...”*

Le médecin M4 quant à lui explique l'importance des réseaux sociaux dans la désinformation des patients et la difficulté de lutter contre de telles fausses informations qui sont souvent très bien construites *“ Oui ils trouvent toujours un contre argument, le contre argument en général c'est ce qu'ils ont lu sur internet, c'est le cas en général sur toutes les fakes news c'est à dire qu'il y a énormément de conneries sur internet. Les gens croient ce qu'ils lisent et ont beaucoup de mal à lire les contre arguments qui eux sont basés sur des études scientifiques, des vrais argumentaires et donc c'est difficile de déconstruire les fakes news.”*

Il semble également important de noter que certains professionnels de santé, opposants à la vaccination obligatoire utilisent des arguments parfois douteux mais difficiles à combattre pour les médecins généralistes comme l'explique le médecin M4 : *“ Il y a aussi des professionnels qui sont opposés aux vaccins, y compris des médecins et donc c'est difficile de contre-argumenter.”*

3.3. L'obligation vaccinale

3.3.1. Des avantages ressentis par les médecins généralistes interrogés

Lorsque nous avons évoqué la loi de 2018 sur l'élargissement de l'obligation vaccinale, il n'a pas été difficile pour les médecins généralistes interrogés de mettre en évidence plusieurs avantages.

3.3.1.1. Augmentation de la couverture vaccinale

Le principal avantage évoqué était une augmentation de la couverture vaccinale suite à cet élargissement aux maladies jusqu'alors recommandées.

Le praticien M2 illustre cette idée à travers ces propos : *“ D'un point de vue général, sur la population, obliger les gens à faire le vaccin, ça couvre mieux la population, ça c'est clair.”* Comme nous avons pu l'observer dans nos résultats concernant l'époque avant la loi de 2018, deux vaccins semblaient plus difficiles à faire accepter, à savoir le ROR et le vaccin contre l'hépatite B.

Les professionnels de santé interrogés, à l'instar du praticien M7 voient une réelle augmentation de la couverture vaccinale contre ces deux pathologies : *“Au niveau du vaccin ROR, on a augmenté notre capacité en vaccination. On a augmenté nos pourcentages. Enfin, c'est sur la Charente. Je te parle de la Charente parce qu'on reçoit nos statistiques de la Charente.”* Il ajoute également *“On est beaucoup plus à l'aise pour pouvoir imposer des vaccins, même des vaccins qui autrefois étaient refusés par le patient. C'est à dire que maintenant, les vaccins hexavalents passent très bien. C'est à dire que l'hépatite B, elle est dans les vaccins hexavalents, ils l'acceptent.”*

Le praticien M3 nous a même rapporté le cas de parents qui, devant l'élargissement de la vaccination pour leurs nouveau-nés, ont fait vacciner leurs premiers enfants contre les maladies qui étaient jusqu'alors recommandées. *“J’ai eu le cas d’une maman qui avait pas fait vacciner son enfant pour la méningite, maintenant il est obligatoire donc elle a fait vacciner son deuxième enfant et elle était revenue ramener le grand pour qu’il se fasse vacciner pour la méningite.”*

3.3.1.2. Consultations moins compliquées

Nous avons, au cours des différents entretiens, pu mettre en évidence quelques autres avantages notamment sur la pratique des médecins généralistes.

Les consultations dédiées aux vaccins des nouveau-nés semblaient avoir une tendance à être compliquées avec une hiérarchisation des vaccins non fondée épidémiologiquement et des arguments peu entendus par les patients réfractaires. Il apparaît que les consultations sont devenues plus simples à réaliser à la suite de cette loi mettant tous les vaccins sur un même pied d'égalité.

Le médecin M6 qui nous parlait précédemment des remises en question constantes des patients, du vaccin contre l'hépatite B nous explique *“ A mon grand étonnement, ça a arrêté complètement les ragots, les quolibets... La question ne se pose plus. C’est la loi, c’est obligatoire...les gens, ils suivent en fait. En quelques mois, on a vu un changement [...] Les gens ils viennent, ils font leurs vaccins, ils posent pas de question. C’est oublié quoi.”*

Lorsque nous avons demandé au praticien M1 s’il avait des consultations compliquées en rapport avec la vaccination, celui-ci nous a répondu d’emblée : *“ça fait bien deux ans que je n’ai pas eu de consultation compliquée au niveau du thème des vaccins avec des parents. Parce qu’à l’époque, c’était assez fréquent [...] Je suis énormément de tout petits bébés et en fait c’est impressionnant, ils ne veulent même pas en parler quoi [...] ça me pourrissait la vie. ça arrivait souvent qu’on ait des problèmes et maintenant on est vraiment tranquille.”*

3.3.1.3. Un argument de plus pour le médecin

Certains médecins généralistes, à l'image du médecin M3 utilisent dorénavant l'argument de l'obligation vaccinale pour faire réaliser les vaccins, sans aucune autre argumentation. Il explique : *“C’est peut être plus simple pour nous parce que comme ça, on a pas à argumenter...On leur dit vous faites ça, c’est obligatoire et puis c’est tout [...] Maintenant, je leur explique plus, je dis que c’est obligatoire, c’est obligatoire...”* . Pour expliquer cette absence de discussion, il précise que c’est un gain de temps considérable car celles-ci pouvaient occuper une grande partie des consultations, surtout lorsque l’on sait que la durée de consultation moyenne chez un médecin généraliste est en moyenne de 15 minutes. *“Après comme je vous dis, ça évite parfois des discussions, quelques fois on perdait dix minutes de consultation à leur expliquer, à essayer de négocier. Maintenant c’est*

obligatoire, c'est obligatoire. Donc après c'est peut être plus facile pour nous aussi, ça nous fait perdre un petit peu moins de temps”.

3.3.2. Des inconvénients ressentis par les médecins généralistes interrogés

Malgré des avantages certains et peu discutés par les médecins généralistes interrogés, nous avons pu mettre en évidence quelques inconvénients inhérents à la loi vaccination de 2018. Qu'il s'agisse de la communication en amont de celle-ci ou d'inconvénients propres à leur pratique depuis cette dernière les médecins généralistes décrivent quelques défauts.

3.3.2.1. Mauvaise communication auprès de la population

Quelques-uns des praticiens interrogés n'ont semble-t-il pas été satisfaits de la façon dont les pouvoirs publics ont communiqué sur cette loi car ceci a engendré une mauvaise compréhension de la population. En effet, beaucoup de parents pensaient que 8 nouveaux vaccins allaient être rendus obligatoires sans se rendre compte qu'il s'agissait des vaccins jusqu'alors recommandés. De plus, certains parents pensaient que leurs enfants allaient recevoir 11 injections ce qui amenait beaucoup d'appréhension et générait de nombreuses questions pour les médecins généralistes.

Le praticien M4 explique “ *Des parents qui ont été inquiets depuis la loi de 2018 parce que du coup ils ne comprenaient pas, il y en a eu beaucoup, ils se disaient « ah bon maintenant c'est 11 vaccins ? » donc ils imaginaient 11 piqûres, ils étaient effrayés, je leur ai dis « non non, c'est la même chose qu'avant » et en fait en leur expliquant, ça les rassurait.* ”

Le médecin M4 reproche le peu d'explications apportées aux patients au sujet de cette loi “*Sur le côté obligatoire, ils ont dit “c'est obligatoire, point barre” donc il n'y a eu aucune éducation justement. D'où le gag des parents qui ne comprenaient pas pourquoi on allait faire 11 vaccins et qui ne comprenaient pas que c'était la même chose qu'avant en fait. Donc la communication a été très mauvaise la dessus.*”

Le praticien M8 ajoute “*Ça a fait peur à certains parents, de dire “mais on en fait 11 ?!” Moi ce qui me perturbe c'est effectivement quelque part la façon donc ça a été dit, ça a été fait, sans aucune pédagogie, sans prendre le temps de faire comprendre aux patients le pourquoi du comment...”*

3.3.2.2. Une place moins importante

Les médecins généralistes ont également noté une certaine automatisation de la procédure de vaccination, perdant le côté réflexif et intellectuel de leur pratique avec un rôle moins important qu'auparavant auprès du patient, un rôle que les praticiens M3 et M8 ont qualifiés d'exécutant.

Pour expliquer cela, le praticien M3 explique “*D'un côté c'est plus facile, on fait l'ordonnance, ils la prennent, ils s'en vont...Après, bon ben c'est vrai que j'aimais bien*

donner des conseils, expliquer des fois... c'était un rôle important, ça nous donnait un rôle important. Là maintenant, on suit la loi..."

Ce nouveau rôle apporté par la loi de vaccination pourrait même selon le praticien M6, ne plus dépendre du médecin généraliste. *"Après, est ce qu'il faut que ça soit forcément le médecin généraliste qui fasse ça ? parce qu'on est rentré dans un mécanisme automatisé...pas forcément... puisque finalement c'est une machinerie, on pourrait déléguer ça aux infirmiers, aux PMI..."*

3.3.2.3. Absence de souplesse

Certains praticiens soulignent également le manque de souplesse de cette loi. En effet, ils s'interrogent notamment sur l'utilité d'obligation vaccinale contre l'hépatite B dès l'âge de 2 mois chez les enfants non à risques. D'autant plus que nous avons vu la réticence des parents est principalement orientée vers ce vaccin. Le médecin M3 nous explique : *"Après je pense que des fois c'est peut être un peu trop stricte. Parce que par rapport à l'hépatite B, on peut se faire vacciner à n'importe quel âge. Donc c'est vrai qu'après voilà il y a certaines choses, l'hépatite B, jusqu'à présent, si les parents voulaient pas faire vacciner leur enfant, je leur disais aussi toujours, après, quand ils seront grands, ils choisiront. Il pourront faire un rattrapage."*

Cet argument est également repris par un médecin qui nous explique que les difficultés sont même devenues plus importantes pour faire vacciner un enfant de parents très réticents et que maintenant on a le choix entre tous les vaccins ou aucun. Il n'y a plus de demi-mesure, qui certes n'était pas suffisant mais était mieux que rien pour le praticien M8 : *"Moi ce qui me choque un tout petit peu, c'est par exemple la suppression du DTP parce que pour des gens qui étaient réticents et autres, pendant un temps, ils auraient accepté de faire un DTP [...] et au risque de vouloir faire mieux, on fait moins bien parce que ces patients-là sont réticents et font pas ces vaccins [...] Ils ont un argument je trouve qui est pas complètement inutile parce que "je veux bien le faire vacciner contre le tétanos mais je veux pas le faire vacciner contre les autres" Bah qu'est-ce que je leur propose, j'ai plus rien à leur proposer. Au moins même s'ils n'étaient pas inscrits dans la vaccination du reste, on pouvait leur faire accepter le tétanos ce qui était peut-être pas suffisant mais c'était déjà mieux que rien"*

3.3.2.4. Difficultés pour le rattrapage vaccinal

Un des médecins interrogés craint également des schémas de rattrapages compliqués à venir et notamment, si certains vaccins ne sont pas réalisés avant l'entrée en collectivité, le médecin M1 craint de devoir réaliser des schémas vaccinaux complexes avec de nombreux vaccins à réaliser sur une courte période. Voici ses propos concernant de jeunes parents inquiets à l'approche de l'entrée à l'école de leurs enfants : *"Je sais qu'il y a plein de gens, ils sont en train de paniquer parce que leur enfant va aller à l'école et on se récupère des rattrapages super compliqués à faire [...] déjà on est pas à l'aise pour faire des rattrapages"*

vaccinaux comme ça, combien de temps il faut respecter, qu'est-ce qu'il faut faire, combien de rappels on doit faire etc...Si on a des gens qui font juste ça parce que ils vont aller à l'école, on risque d'avoir des enfants à vacciner très tard avec plein de vaccins d'un coup..."

3.3.2.5. Demandes de faux certificats de vaccination

Le dernier inconvénient craint par les médecins généralistes est la multiplication de demandes de faux certificats de vaccination pour les enfants devant entrer en collectivité. Certe ce phénomène semble rester rare mais certains praticiens interrogés, mentionnent des médecins qui, ouvertement, disent faire des certificats de complaisance. C'est le médecin M1 qui explique *"Il y a beaucoup de médecins qui sont opposés aux vaccins et qui font...ouvertement, qui disent qu'ils le font."*

Une telle demande semble donc exister mais l'ensemble des médecins interrogés sont formels et affirment s'opposer totalement à ce genre de pratique à l'instar du médecin M2 qui nous relate *" Oui oui, ça m'est arrivé. J'ai dit bah écoutez moi, il a pas été vacciné chez moi, c'est pas marqué sur le carnet de santé, donc je ne peux pas vous faire de certificat. Il faut aller voir le médecin qui l'a vacciné mais moi je ne peux pas certifier quelque chose que je ne vois pas."*

3.3.3. Ressentis des médecins généralistes interrogés par rapport aux sanctions

Peu de médecins avaient des commentaires à faire par rapport aux modifications de sanctions en cas de refus de vaccination comme expliqué précédemment. Ils semblaient tous plutôt satisfaits de l'absence de sanctions pénales, d'autant qu'ils précisent ne jamais avoir eu besoin d'en arriver aux sanctions car soit les patients acceptent finalement de faire vacciner leurs enfants, soit ils n'amènent plus l'enfant en consultation. Cet argument est notamment repris par le médecin M4 : *"Ils ne m'amènent pas leur enfant, ils ne m'amènent pas les vaccins, c'est pas moi qui vais aller chez eux vacciner leur enfant de force..."*

Toutefois, le médecin M9 semble regretter la suppression des sanctions pécuniaires et pénales qu'encourageaient les parents refusant de faire vacciner leurs enfants pour les vaccins obligatoires avant la loi de 2018. : *" C'est une connerie, j'aurai au moins laissé le pécunier [...] c'est une mesure de salubrité publique et ceux qui ne le font pas sont des criminels en puissance."*

Le praticien M10 regrette quant à lui le manque de recours en cas de parent refusant la vaccination et l'absence de sanctions rapides : *"Que fait-on si un parent refuse la vaccination pour son enfant ? On le note dans le carnet de santé et après ? Après on peut toujours faire une information préoccupante mais c'est des choses qui prennent du temps et*

sans réelles conséquences...il n'y a rien dans l'immédiat c'est dommage et les parents peuvent facilement passer au travers, au moins jusqu'à l'entrée à l'école... ”

3.3.4. Les points à améliorer selon les médecins généralistes interrogés

Les médecins interrogés ont proposé des idées afin de continuer à améliorer la couverture vaccinale de la population pédiatrique mais également pour améliorer la confiance de la population envers la vaccination. Globalement, ces idées s'articulent autour de deux axes, la communication et l'éducation des futurs parents.

C'est ainsi que le praticien M2 regrette de trouver plus facilement des informations trompeuses sur la vaccination que des informations scientifiquement prouvées et insiste sur l'utilité de mettre à disposition des informations claires et fiables, facilement accessibles à l'instar des fake news qui pullulent sur internet. *“Je pense que des campagnes de préventions c'est bien plus utile à mon avis. Des affiches, des spots tv...Alors les campagnes pour les jeunes c'est plus vraiment des spots tv...ce serait plutôt des spots internet, les réseaux sociaux...On trouve beaucoup de bêtises sur internet, ce serait bien qu'on trouve des choses bien aussi facilement. Après c'est toujours difficile de faire le tri. Mais bon, si le ministère fait une Campagne, il pourrait la faire avec son logo du ministère et puis expliquer les choses, ce qu'il ne fait pas forcément actuellement.”*

Il est rejoint dans ces propos par le médecin M7 qui insiste sur l'importance du numérique pour sensibiliser les futurs parents. *“Je pense qu'on peut faire des campagnes de vaccinations mais je pense qu'il faut maintenant, vu les nouvelles générations, je pense qu'il faut s'axer uniquement sur l'informatique, le numérique...plutôt que faire des campagnes d'affichage... Alors on affiche nos trucs dans la maison de santé mais à mon avis, c'est de l'argent qui est moins bien utilisé que si c'était utilisé sur des campagnes vidéos, tv, internet...ça, ça touche.”*

Certains praticiens proposent également de communiquer plus largement sur les résultats d'études. Notamment en ce qui concerne l'aluminium dans les vaccins qui est selon le médecin M4, une des principales sources de réticence par rapport aux vaccins. *“Les gens en parlent parce qu'ils entendent parler de l'aluminium et il n'y a pas de communication. On pourrait communiquer en disant, on fait des études, là on a fait telle étude, ça y est, on a tel résultat, ça donne ça...il n'y a pas de communication là-dessus. Après c'est pas facile parce que voilà c'est des termes un peu techniques, les gens comprennent pas toujours mais quand on veut, on arrive à faire des communications qui marchent bien. La campagne “les antibiotiques c'est pas automatique” avait très bien marché. Donc c'est possible de faire des trucs qui marchent bien.”*

Le médecin M6 propose quant à lui de communiquer ouvertement sur le coût des maladies à prévention vaccinale, sur le coût des vaccins. Il semble important pour lui de ne rien cacher à la population. *“ Donnons les chiffres, vraiment, parlons de pognon, parlons de tout...Combien ça coûte un mec qui a une hépatite B, combien ça coûte un mec qui a une*

méningo, tu vois un peu y aller...le prix de la maladie, le prix du vaccin, le prix humain du vaccin.”

La majorité des médecins dénoncent un manque d'éducation pour les jeunes parents en terme de vaccination. Comme nous l'explique le praticien M4, il y aurait selon lui un désintéressement pour la vaccination devant l'oubli de l'utilité des vaccins. En effet, les patients ne se souviennent plus ou ne connaissent pas ce que peuvent provoquer les maladies à prévention vaccinale. Ils ne retiendraient donc que les effets indésirables potentiels et les polémiques autour des vaccins qui sont principalement mis en avant par le pool anti-vaccination. *“Comme il n'y a pas d'éducation, parce qu'on a oublié aussi de faire l'éducation. C'était facile, les gens se faisaient vacciner. Du coup les maladies ont disparu, du coup les gens ont perdu la crainte des maladies et donc ont perdu le sens de l'intérêt des vaccins. Et comme on a [...] arrêté de communiquer là-dessus et ben voilà d'un seul coup, les gens ne savent plus à quoi servent les vaccins. Ils ont oublié qu'est-ce que c'est qu'une coqueluche, qu'est-ce que c'est que le tétanos, qu'est-ce que c'est qu'une diphtérie...et pourquoi on fait le vaccin. Donc ils ont perdu l'intérêt du vaccin. Et donc ils ne retiennent plus que les effets indésirables et pas les bénéfices attendus.”*

L'éducation des futurs parents fut un point retrouvé dans la majorité des entretiens. Cependant, comme l'explique le médecin M2, il est difficile pour les médecins d'éduquer ces futurs parents car leur tranche d'âge consulte peu leurs médecins traitants. *“Je ne sais pas à quel moment on peut les attraper. Parce que les jeunes adultes, on les voit pas trop. Entre l'âge de 18 ans et après, 20,30,35 ans où ils commencent à avoir des enfants, on les voit pas trop en amont.”*

Il serait donc intéressant de développer cette éducation dans un autre domaine et notamment celui du milieu scolaire comme nous l'explique le praticien M10

4. DISCUSSION

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1. Forces de l'étude

4.1.1.1. Validité interne

Pour obtenir une bonne validité interne de l'étude, nous avons utilisé la grille de critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) [Annexe 5]. Celle-ci nous a accompagné au travers de la conception de l'étude, de la réalisation du protocole de recherche mais également de l'analyse des résultats. ^[24]

Notre étude valide vingt-neuf des trente-deux critères de la grille. Elle peut donc être considérée comme respectant les normes internationales ce qui lui octroie une validité interne forte pour une étude qualitative.

Une triangulation des données a été effectuée lors du codage ce qui augmente également la validité interne de cette étude.

4.1.1.2. Originalité de la méthode de recherche qualitative

La recherche qualitative semble être le meilleur moyen pour observer et comprendre les pratiques, les comportements ou le ressenti des médecins généralistes. Nous avons effectué des entretiens semi-dirigés afin de laisser aux médecins une liberté certaine dans leurs propos.

Il n'est pas question ici de quantifier ou de mesurer de quelconques données. Il s'agit d'une démarche interprétative, complémentaire à la recherche quantitative.

4.1.1.3. Echantillonnage

Le recrutement se devait d'être le plus diversifié possible en matière de sexe, d'âge, de lieu d'exercice et de population pédiatrique estimée afin d'obtenir les données les plus variées possible.

C'est ainsi que nous pouvons considérer notre échantillon comme diversifié.

4.1.2. Faiblesses de l'étude

Malgré nos efforts pour adapter au mieux les protocoles de recherche afin d'éviter la survenue de biais, certains ont pu survenir.

Il est important de les identifier et de les expliquer. En effet, "La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique". [25]

4.1.2.1. Population

. Biais de sélection-Biais de recrutement

Lors du contact téléphonique, nous avons annoncé le thème de notre recherche. Ainsi, certains médecins intéressés par ce thème ont pu répondre favorablement et inversement. Il y a donc un biais de sélection.

A noter qu'un seul médecin a clairement refusé de participer, par manque de temps. Pour les 9 autres médecins non-inclus, nous nous sommes confrontés à la barrière du secrétariat.

4.1.2.2. Recueil de données

. Effet de cadrage

L'effet de cadrage désigne l'influence que peut avoir la formulation d'une question sur la réponse qui y est apportée.

Malgré la réalisation d'un guide d'entretien évolutif semi-dirigé et la volonté de rester le plus neutre possible, il reste possible que les formulations aient influencé les réponses.

. Biais d'intervention - Biais d'investigation

Devant le peu d'expérience de l'enquêteur, la qualité du recueil de données a pu être impactée.

Afin de diminuer l'impact de ce biais, un entretien "test" a été réalisé mais non inclus dans l'étude afin d'adapter au mieux les questions du guide d'entretien.

. Biais de désirabilité sociale

Ce biais consistant à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs a pu être présent lors de l'enquête. En effet, l'enquêteur et les professionnels interrogés exerçant la même profession, les réponses ont pu être orientées afin de satisfaire l'enquêteur.

Afin de limiter ce biais, nous avons tenté d'instaurer un climat de confiance lors des entretiens et avons rappelé aux participants le caractère anonyme et confidentiel des entretiens.

4.1.2.3. Analyse des données

. Biais d'interprétation

Afin de limiter le caractère subjectif de l'analyse de verbatims, une triangulation des données a été effectuée avec une tierce personne.

Après analyse, les différentes données ont été comparées et discutées afin d'améliorer la validité interne de l'étude.

4.2. Discussion résultats

4.2.1. Thématique de la vaccination avant la loi de 2018

4.2.1.1. Hiérarchisation des vaccins

Notre étude rapporte une hiérarchisation des vaccins avec des vaccins obligatoires jugés comme plus importants que ceux recommandés selon les patients. Ceci pouvait expliquer d'après les médecins généralistes interrogés, une diminution de la couverture vaccinale pour les vaccins recommandés.

Cette notion est très largement reprise dans la littérature. Une thèse de 2017 confirme nos résultats. Les auteurs mettent en avant dans leur travail le fait que le caractère obligatoire d'un vaccin est un facteur d'adhésion à la vaccination pour les patients. Selon la même étude, les vaccins recommandés étaient considérés par certains patients comme des vaccins facultatifs. ^[26]

L'étude quantitative CANVAC sur la perception de la vaccination confirme également ces résultats avec 53% des personnes interrogées pensant que les vaccins recommandés étaient moins importants que les vaccins obligatoires. ^[5]

Deux vaccins ont notamment été mis en avant lorsque nous avons parlé de réticence vaccinale. Le vaccin ROR et le vaccin contre l'hépatite B. Ces résultats sont en accord avec les données de l'OMS.

Cette étude montre en effet un retard dans la couverture vaccinale de ces deux vaccins par rapport aux vaccins obligatoires, le DTP même si on note une amélioration de cette couverture vaccinale entre 2013 et 2016.

	2013			2016		
	DTP 3 doses	Hépatite B 3 doses	ROR 2 doses	DTP 3 doses	Hépatite B 3 doses	ROR 2 doses
<i>Belgique</i>	99	98	85	98	97	85
<i>France</i>	99	74	67	97	88	79
<i>Allemagne</i>	95	88	93	95	88	93
<i>Italie</i>	96	96	84	93	93	83
<i>Roumanie</i>	92	96	88	89	90	76
<i>Espagne</i>	96	95	91	97	97	95
<i>Royaume-Uni</i>	95	nd	88	94	nd	89

Source : OMS

Figure 5 :Taux en % de couverture vaccinale de pays européens entre 2013 et 2016

Notre étude montre qu'il semblait exister, selon les médecins généralistes interrogés, une certaine réticence envers les vaccins recommandés de la part des patients, entraînant ainsi une diminution de la couverture vaccinale.

Cependant, d'autres études ont montré que cette réticence n'était pas propre aux patients mais pouvait également toucher les médecins généralistes.

En France, un travail de recherche de 2014 avait montré que les recommandations faites par les médecins généralistes variaient selon les vaccins. Ainsi, plus d'un médecin sur dix déclarait ne recommander que parfois (12.9%) voir jamais (4.3%) le vaccin ROR à ses patients.

Ce manque de recommandation est encore plus marqué pour le vaccin contre l'hépatite B car seulement 63% des médecins généralistes conseillait la vaccination contre l'hépatite B aux adolescents. ^[27]

D'autres vaccins sont également mis en avant par cette étude en termes de réticence à la vaccination comme le vaccin contre le méningocoque C ou encore le vaccin contre le Papillomavirus. L'absence de discussion autour du vaccin contre le Papillomavirus dans nos

entretiens est probablement expliquée par le fait que nous nous concentrons sur les vaccins du nourrisson. Cependant, aucun médecin généraliste interrogé lors de notre étude n'a mentionné de difficultés par rapport au vaccin contre le méningocoque C.

Ces données traduisent néanmoins une hésitation d'une partie des médecins généralistes français pouvant renforcer celle des patients et ainsi contribuer à la diminution de la couverture vaccinale pour ces vaccins.

4.2.1.2. Consultations difficiles

Notre travail de recherche a permis de mettre en évidence des consultations propres à la vaccination perçues comme difficiles et chronophages par la quasi-totalité des médecins interrogés avec beaucoup de questionnements et de remises en question des vaccins de la part des parents. Ces résultats sont en parfaite adéquation avec d'autres études menées précédemment.

Un travail de thèse de 2017 corrobore nos résultats et explique que "pour beaucoup de médecins, un point essentiel limitant la promotion de la vaccination est le manque de temps, avec parfois des journées très chargées et la nécessité de tenir le rythme. La prévention en général prend du temps, la vaccination en particulier car il faut le temps de négociation, d'explication, de conviction". [28]

Cependant, nous n'avons pas trouvé d'études qualitatives appuyant ou dénonçant spécifiquement ces résultats.

Les doutes des patients envers la vaccination ont notamment été renforcés par une succession de polémiques durant les dernières décennies.

La première controverse fortement médiatisée fut dans les années 1990 avec la campagne de vaccination contre l'hépatite B. La vaccination à grande échelle dans les collèges avait été stoppée car un lien potentiel entre le vaccin contre l'hépatite B et l'apparition de sclérose en plaque avait été mis en évidence. Cependant, de nombreuses études ont par la suite écarté tout lien de cause à effet. [29][30][31][32][33]

En 1998, le Dr Wakefield via une étude publiée dans le prestigieux magazine "The Lancet" suspecte le vaccin ROR de favoriser l'autisme. Quatre ans après cette publication, aucune étude similaire ne permettait de confirmer ces résultats et des conflits d'intérêts d'ordre financier ont été mis en évidence. En 2019, une étude infirme de nouveau les résultats du Dr Wakefield. Cette étude danoise, réalisée entre 1999 et 2010 sur 660 000 enfants confirme l'absence de lien entre le vaccin ROR et l'autisme. [34]

Par la suite, en 2009, le vaccin contre la grippe H1N1 provoque de nouvelles polémiques devant ses potentiels effets secondaires.

En 2013, nouvelle controverse avec le Gardasil, suspecté de provoquer des maladies auto-immunes après un cas de sclérose en plaque chez une adolescente survenu deux mois après l'injection de Gardasil. En 2015, le Tribunal de Grande Instance de Paris classe l'enquête sans suite en considérant qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre le vaccin

Gardasil et les maladies auto-immunes présentées par les plaignantes à la suite des études menées par l'ANSM et l'Assurance Maladie. ^[35]

En 2015, la pétition émise par le Professeur Joyeux contre l'Infanrix Hexa contenant de l'aluminium qu'il accusait de pouvoir provoquer la myofasciite à macrophage a de nouveau alimenté les controverses sur les adjuvants aluminiques. De plus, les doutes émis par certains médecins, envers les vaccins ne font que majorer ceux des patients.

Il est tout de même important de noter que l'aluminium est utilisé dans le monde en tant qu'adjuvant vaccinal depuis les années 1920. De plus, 95% des observations de Myofasciite à Macrophage ont été décrites en France, par une seule et même équipe. De surcroît, un seul cas de MFM a été diagnostiqué depuis 2012 alors que plus de 12 millions de doses de vaccins contenant un adjuvant aluminique sont administrées en France chaque année. ^[36]

Le 9 mars 2016, après 17 années de procédure, le parquet de Paris prononce un non lieu dans l'affaire du vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaque. La justice pénale estime qu'il n'y a pas de "causalité certaine" entre la vaccination contre l'hépatite B et le développement de maladies démyélinisantes telles que la sclérose en plaques.

Malgré tout, lors des différents entretiens réalisés, les médecins généralistes interrogés faisaient souvent références à ces polémiques pour expliquer le doute des patients envers la vaccination et donner ainsi des consultations chronophages et difficiles ce qui montre que malgré des preuves scientifiques irréfutables, le doute semble persister dans la population menant à des refus partiels de vaccination.

L'enquête InfoVac de 2018 montrait que le risque de refus des parents pour les vaccins ROR, Hépatite B et Méningocoque C atteignait 30%. ^[37]

Or pour des jeunes parents, les conseils et explications à prodiguer par les médecins généralistes sont nombreux. Le temps passé à argumenter pour convaincre des parents des bienfaits de la vaccination est un temps que les praticiens ne passent pas à expliquer les autres informations importantes à connaître des parents.

Un travail de thèse réalisé en 2016 avait pour objectif de recueillir au travers d'une étude qualitative les difficultés que pouvaient avoir les médecins généralistes pour convaincre des parents réfractaires à la vaccination. Les principales difficultés rejoignent nos résultats avec un "manque de temps" lors des consultations mais également des "connaissances parentales disparates". ^[38]

4.2.2. Thématique de la loi vaccinale de 2018

4.2.2.1. Des avantages ressentis par les médecins généralistes interrogés

Notre étude a mis en évidence un avantage repris par la totalité des médecins interrogés à savoir une augmentation de la couverture vaccinale pour les vaccins nouvellement obligatoires.

En 2019, soit un an après la mise en application de cette loi, le Bulletin de Santé Publique a montré des résultats encourageants.

La couverture vaccinale pour la première dose de vaccin ROR a augmenté de 2.6 points. Elle est passée en 1 an de 72.41% à 75%. Cette hausse de couverture vaccinale est encore plus marquée pour le vaccin contre le méningocoque C passant de 39% en 2017 à 75% d'enfants vaccinés en 2019.

En ce qui concerne le vaccin contre l'hépatite B, parmi les nourrissons nés en mai 2018, 97,8 % ont reçu leur première vaccination par les vaccins hexavalents incluant l'hépatite B, contre 92,3 % en mai 2017. ^[39]

Nous avons également noté dans notre étude le cas d'une mère de famille, faisant vacciner premier enfant né avant 2018, jusqu'alors non vacciné contre la méningite, car non concerné par la loi, en amenant son 2^{ème} enfant se faire vacciner. Ceci semble également être en adéquation avec les résultats émis par le Bulletin de Santé Publique puisque l'on note une augmentation de la couverture vaccinale pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 avec notamment +2.2 points pour le vaccin contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole. ^[39]

Devant ces récentes modifications du programme vaccinal français avec de réelles améliorations en termes de couverture vaccinale, il est intéressant de se situer par rapport à nos voisins européens.

Chacun des pays membres de l'Union Européenne dispose d'un calendrier vaccinal, incitant sa population à se faire vacciner contre les maladies à prévention vaccinale. Au total, qu'il s'agisse de vaccins recommandés ou obligatoires, il y a actuellement en Union Européenne 16 vaccins pouvant être réalisés chez l'enfant de moins de deux ans selon les pays. (Rotavirus, Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Haemophilus Influenzae B, Hépatite A, Hépatite B, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Pneumocoque, Varicelle, Tuberculose, Méningocoque C, Virus de la méningo-encéphalite à tique). Seule l'Autriche recommande actuellement l'ensemble de ces vaccins.

A l'heure actuelle, quinze pays membres de l'Union Européenne ont rendu obligatoire au moins un vaccin pour les nourrissons (France, Grèce, Allemagne, Italie, Malte, Belgique, Bulgarie, Croatie, Hongrie, Lettonie, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie).^[40]

Les vaccins les plus souvent obligatoires sont ceux contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite et l'hépatite B.

En Allemagne, il n’existait que des vaccins recommandés pour les nourrissons. Néanmoins, secondairement à la hausse de cas de rougeole dans le pays, le vaccin contre cette dernière est obligatoire depuis le 1er mars 2020. ^[41]



Notre étude montre également que les praticiens interrogés s'accordent en majeure partie pour dire que les consultations relatives à la vaccination sont plus simples depuis la mise en application de la loi d'obligation vaccinale avec notamment un gain de temps favorisé par l'absence de besoin d'argumentation.

Un travail de thèse de 2019 propose des résultats différents. Il montre que 31.8% des praticiens de son étude estimait que cette nouvelle loi avait suscité des difficultés durant leurs consultations. ^[42]

Cette différence peut venir du fait que son recueil de données a été réalisé seulement quelques mois après la mise en application de cette loi. Ainsi, les patients pouvaient avoir des questionnements sur cette loi qu'ils n'avaient plus lors de notre étude dont le recueil de données a été effectué plus de 2 ans après l'application de l'obligation vaccinale. De plus, les praticiens interrogés lors de notre étude ont probablement plus d'expérience vis à vis de cette loi.

4.2.2.2. Des inconvénients ressentis par les médecins généralistes interrogés

Il ressort de nos entretiens que les médecins généralistes interrogés déploraient une communication quasi inexistante en amont de cette loi ce qui aurait engendré selon eux, une mauvaise compréhension de cette dernière par la population.

Une thèse de 2019 n'étudiait pas ce point précis mais montrait néanmoins que 56.8% des médecins généralistes avaient été informés de cette loi par les médias grand public lors de la phase de médiatisation au grand public et 70.3% estimaient que leur information avait été inadéquate, la plupart d'entre eux auraient aimé être informés de cette loi avant leur patientèle. ^[42]

Il serait intéressant de comprendre pourquoi les médecins généralistes n'ont pas reçu d'informations quant à l'existence d'un tel projet de loi de la part du Ministère de la Santé.

Certains médecins généralistes interrogés ont jugé que leur place dans le système de vaccination était devenue une place d'exécutant perdant le côté réflexif et intellectuel.

On retrouve des résultats similaires dans l'étude de 2019 mentionnée précédemment où 29.1% des médecins généralistes se sont déclarés insatisfaits ou plutôt insatisfaits de leur rôle dans le système de soin actuel, sans plus de précision. ^[42]

Bien que peu demandés par leur patientèle, les médecins interrogés semblent bien au fait que des requêtes de certificats de complaisance existent.

Notre étude ne rapporte aucun médecin ayant été sollicité directement par des parents pour de telles demandes. Ceci peut s'expliquer parce que les enfants concernés par cette loi n'ont pas encore l'âge pour entrer à l'école maternelle. Ainsi, pour contourner l'obligation vaccinale, il suffit actuellement aux parents de ne pas inscrire son enfant en collectivité.

Il sera intéressant de réévaluer la fréquence de demande de certificats de complaisance à partir de 2021 car l'instruction est obligatoire dès 3 ans.

4.2.2.3. Ressenti des médecins généralistes interrogés par rapport aux sanctions

Peu de médecins interrogés dans notre étude ont eu besoin de recourir aux sanctions. Cependant, bien que globalement satisfaits du retrait des sanctions pénales, certains praticiens ont tout de même relevé le manque de recours immédiat si des parents refusaient la vaccination pour leurs enfants.

Actuellement il est conseillé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins de notifier le refus de vaccination dans le carnet de santé et le dossier médical du patient.

De plus, il est conseillé au médecin d'informer la PMI qui se chargera de convoquer les familles. Une information préoccupante peut également être établie auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes si la situation d'un mineur peut laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être.

De son côté, l'Allemagne avait 13 vaccins recommandés mais aucun obligatoire avant ce début d'année. Néanmoins, depuis 2015, les parents refusant systématiquement les vaccins pouvaient être sanctionnés de 2500 euros d'amende. De plus à partir de 2017, la loi exigeait pour l'inscription en collectivité, la preuve d'une consultation pédiatrique dédiée à la vaccination.

En Italie, où 10 vaccins sont obligatoires, les enfants de moins de 6 ans ne peuvent entrer en collectivité sans leurs vaccinations à jour.

Cependant, après 6 ans, leur entrée en école primaire étant obligatoire, elle est autorisée si les enfants ne sont pas vaccinés mais les parents risquent une amende de 500 à 7500 euros. De plus, des contrôles inopinés dans les établissements scolaires peuvent avoir lieu. ^[41]

4.2.2.4. Points à améliorer apportés par les médecins généralistes interrogés

L'ensemble des praticiens interrogés se sont accordés sur le fait que la communication des autorités de santé vers les patients était primordiale pour que la confiance des patients envers les vaccins soit rétablie.

Celle-ci est indispensable même si le choix de l'obligation vaccinale a été pris par le Ministère de la Santé. Lors de la concertation citoyenne de 2016 ayant amené à l'obligation vaccinale, il était précisé que cette dernière devait être temporaire, jusqu'à ce que la confiance envers les vaccins soit rétablie. Or cette confiance passe obligatoirement par la communication. ^[43]

Cependant, malgré un travail considérable des Autorités de Santé depuis plusieurs années, celle-ci semble rester insuffisante.

En effet, pour que cette communication soit efficace il serait probablement nécessaire que les Autorités Sanitaires, les professionnels de santé mais également les médias puissent travailler ensemble afin de donner des informations claires, justes et en accord.

L'OMS a d'ailleurs mis en place en 2011, l'Initiative Mondiale pour la Sécurité des Vaccins (GVSI) afin de "favoriser l'instauration et le renforcement d'une communication permanente sur les questions importantes en matière de sécurité vaccinale (qu'elles soient nationales ou internationales) entre les communautés locales, les professionnels de la santé et les décideurs." [44]

A partir du 24 avril 2019 ont été diffusés pendant 3 semaines des spots de télévision avec le slogan " La meilleure protection c'est la vaccination" avec pour objectif de "contribuer à rétablir la confiance dans la vaccination, et lutter contre les idées fausses et la désinformation." [45]

Cependant, nos résultats indiquent que des campagnes internet et notamment sur les réseaux sociaux seraient plus adéquats selon les médecins généralistes interrogés que les spots télévisés pour sensibiliser les jeunes parents à la vaccination. En effet, selon eux, il est important de diffuser les informations là où les jeunes parents sont les plus à même de les trouver mais également là où le pool anti-vaccin est le plus actif.

L'éducation des futurs parents est une notion qui revient dans nombre d'entretiens que nous avons réalisés ; ce manque d'éducation conduit à une méconnaissance des maladies à prévention vaccinale et donc une perte d'intérêt pour les vaccins.

Bien que la prévention constitue une part importante de la mission du médecin généraliste, ces derniers ne reçoivent que rarement les jeunes adultes en consultation. C'est pourquoi, les médecins généralistes interrogés estiment que cette éducation devrait également avoir lieu durant le parcours scolaire.

L'éducation en termes de vaccination était au centre de la revue Cochrane de Mai 2018. Celle-ci suggère que les messages éducatifs centrés sur l'immunisation sont suffisants pour améliorer la couverture vaccinale. [46]

Il pourrait être intéressant, en plus d'expliquer le principe de la vaccination comme c'est le cas actuellement dans le programme de l'éducation nationale, d'insister sur les polémiques et les différents résultats d'études scientifiques afin de sensibiliser les étudiants aux bienfaits de la vaccination mais également pour leur apprendre à sélectionner leurs sources d'informations.

En effet, la littératie en santé est définie comme « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ». [47]

Selon le rapport de 2014 de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) sur les compétences des adultes, le niveau de littératie général des français se situe parmi les plus bas des 22 pays participants à l'enquête. 60% des français adultes ont un faible niveau de littératie. [48]

A noter que sur le cas particulier de la littératie numérique en santé, une étude a mis en évidence que le manque d'information et de compétence en recherche d'information sur Internet a un impact négatif sur la santé, et notamment sur les jeunes. [49]

L'OMS a depuis 2013 établi un plan européen pour hausser le niveau de littératie afin de rendre les personnes autonomes et ainsi leur permettre de prendre elles-mêmes des décisions ayant un impact favorable sur leur santé.

5. CONCLUSION

L'augmentation de l'obligation vaccinale mise en place au 1er janvier 2018 répondait à une majoration de l'hésitation vaccinale dans la population française menant à des risques de réémergence de maladies jusqu'alors contrôlées. C'est pourquoi nous avons cherché à recueillir le ressenti des médecins généralistes par rapport à cette loi ayant fait débat dans la population.

Les praticiens interrogés, en accord avec les données de la littérature, ont mis en avant le fait qu'une hiérarchisation existait auparavant entre les vaccins recommandés et obligatoires à l'origine d'un défaut de couverture vaccinale pour les vaccins recommandés.

De plus, les consultations en rapport avec la vaccination étaient alors considérées comme difficiles et chronophages pour les médecins généralistes interrogés.

La mise en application de la loi d'obligation vaccinale a selon eux permis de pallier à ces difficultés. En effet, deux ans après le début de cette loi, il est apparu dans notre étude que celle-ci a permis une meilleure couverture vaccinale pour des vaccins jusqu'alors difficilement acceptés par la population mais également de rendre les consultations relatives à la vaccination moins difficiles avec un gain de temps favorisé par un nouvel argument, l'obligation vaccinale.

Les médecins généralistes interrogés sont donc globalement satisfaits de cette loi même si des inconvénients ont également été recensés.

En effet, une mauvaise communication en amont de sa mise en application a été relevée par nombre de praticiens lors des entretiens. Celle-ci a provoqué une mauvaise compréhension de la part des patients ayant engendré des craintes non justifiées.

Ils regrettent également un rôle moins central dans le système de vaccination actuel.

Bien que non concernés pour le moment par les demandes de certificats de complaisance, ceux-ci sont conscients qu'une telle demande pourrait survenir dès lors que les enfants concernés par cette loi seront en âge d'être scolarisés.

Afin de continuer à améliorer la confiance de la population envers la vaccination et de permettre d'accroître la couverture vaccinale, les médecins interrogés ont proposé différentes solutions axées principalement autour de la communication et de l'éducation des futurs parents.

Un travail de communication commun entre les professionnels de santé, les autorités sanitaires et les médias, ciblant les futurs parents via internet et les réseaux sociaux pourrait diminuer la méfiance de la population et majorer l'adhésion à la vaccination.

Associé à cela, un travail d'éducation des futurs parents au travers de l'augmentation de la littératie en santé pourrait également permettre de rétablir la confiance envers les vaccins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. 5th éd. Saunders; 2008.
2. Granier B. La vaccination : modes d'informations et perception de la population en médecine générale iséroise. Grenoble Alpes; 2016.
3. Larson H, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. 2011;
4. Gautier A, Chemial K, Jestin C. Adhésion à la vaccination en France : Résultats du Baromètre Santé 2016. 2017;
5. Étude Canvac sur la perception de la vaccination auprès d'un échantillon représentatif de 957 personnes. Enquête BVA/Inpes, septembre 2004. Étude non publiée.
6. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. 2016;
7. Rapport public annuel 2018 de la Cour des comptes. 2018;
8. Hau I, Dommergues MA, Cohen R. Vaccins contre les infections à méningocoque C. Infovac-France. 2019;
9. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017. 2012.
10. Touraine M. Plan de rénovation de la politique vaccinale. 2016;
11. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. 2016.
12. Conseil d'Etat n° 397151 (Vaccination obligatoire, Consentement, Disponibilité, Etat, Injonction). 2017.
13. Assurance Maladie. Activité et prescriptions [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donneesstatistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php>
14. Gautier A, Verger P, Jestin C. Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique. 2017;28-35.
15. LOZAT R. 50 000 médecins généralistes en première ligne. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique. 2017;4-5.

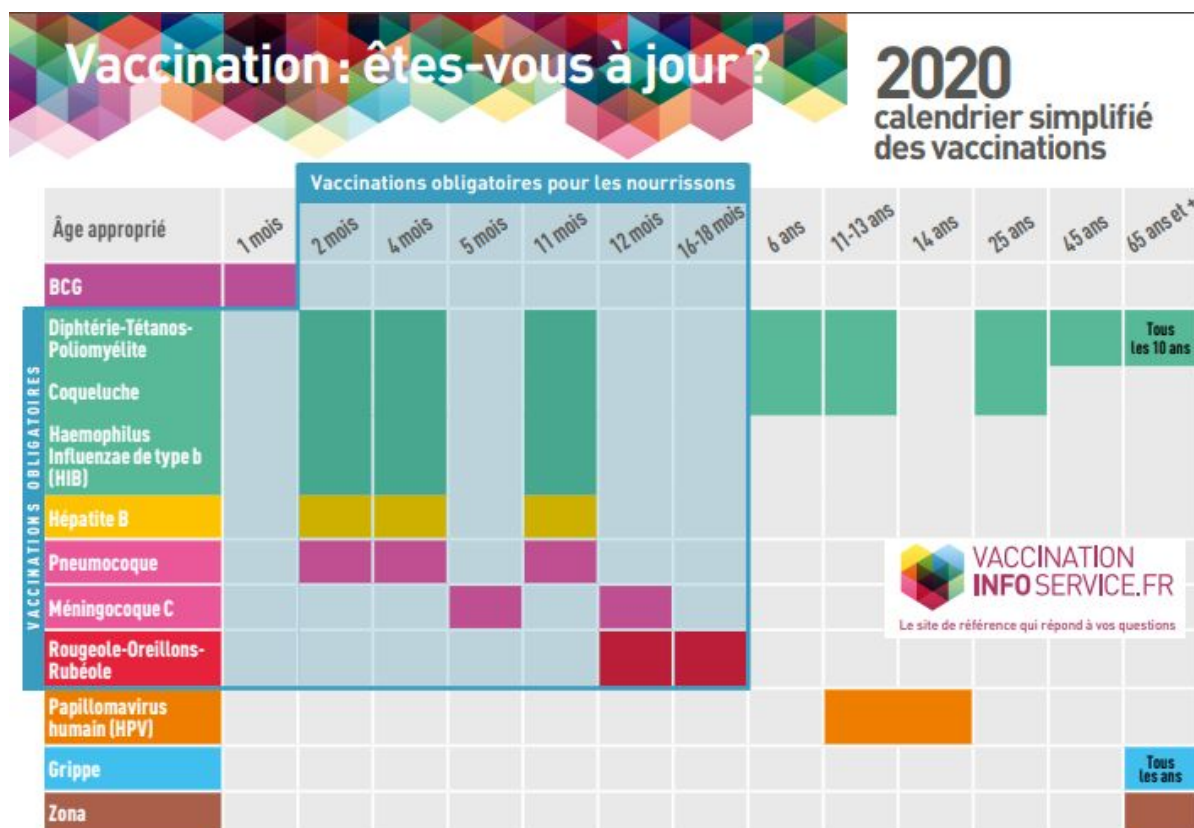
16. Torresilla M. Etat des lieux de la formation et connaissances des internes de médecine générale en vaccinologie. Grenoble Alpes; 2016.
17. Verger P. Les médecins face à la crise de confiance dans la vaccination en France. mars 2017;
18. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : Etude DIVA (Déterminants des intentions de Vaccination). 2016;
19. P C. Vaccination : à quand un carnet connecté ? Le Parisien. 29 sept 2016;
20. Buzyn A. Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 parue au JO n° 0305 du 31 décembre 2017. 2017.
21. Journal officiel « Lois et Décrets » n°0021 du 25 Janvier 2019.
22. l'Express.fr. Vaccination obligatoire: pas de sanction pénale pour les réfractaires. 26 sept 2017;
23. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. 2007.
24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. 2015.
25. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2007;
26. Angelucci C, Pierre M. L'hésitation vaccinale : comportements et attentes. Etude qualitative auprès de médecins généralistes et de patients du Sud-Est de la France. 2017.
27. Verger P. Vaccins : Pratiques et hésitations des médecins généralistes français. 7 juil 2015;
28. Montagner C. Attitudes et modalités de vaccination des médecins généralistes en période d'hésitation vaccinale et de pénuries persistantes de vaccins. Étude qualitative. 21 mars 2017
29. Zipp F, Weil JG, Einhaupl KM. No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. Nature Medicine. 1999;
30. DeStefano F, Verstraeten T, Jackson LA, Okoro CA, Benson P, Black SB. Vaccinations and risk of central nervous system demyelinating diseases in adults. Archives of Neurology. 2003;504-9.

31. Mikaeloff Y, Caridade G, Rossier M, Suissa S, Tardieu M. Hepatitis B vaccination and the risk of childhood-onset multiple sclerosis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2007;1176-82.
32. Ramagopalan SV, Valdar W, Dyment DA, Deluca GC, Yee IM, Giovannoni G. Association of infectious mononucleosis with multiple sclerosis. A population-based study. *Neuroepidemiology*. 2009;257-62.
33. Langer-Gould A, Qian L, Tartof SY, Brara SM, Jacobsen SJ, Beaber BE. Vaccines and the risk of multiple sclerosis and other central nervous system demyelinating diseases. *JAMA Neurology*. 2014;1506-13.
34. Hviid A, Vinslov Hansen J, Morten F, Mads M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism. 16 avr 2019;
35. Miranda S, Chaignot C, Collin C, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Human papillomavirus vaccination and risk of autoimmune diseases: A large cohort study of over 2million young girls in France. *Vaccine*. 24 juill 2017;
36. Académie nationale de pharmacie. « Les adjuvants aluminiques : le point en 2016 ». mars 2016;
37. Patte M, Levy C, Béchet S, Cohen R. Perception de l'hésitation vaccinale par les médecins impliqués dans la vaccination : l'enquête Infovac. oct 2018;219-23.
38. Libert P. La consultation de vaccination chez l'enfant de moins de deux ans : Pratique et vécu du médecin généraliste. Amiens; 2016.
39. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-avril-2019>
40. Inserm Mise au point vaccins . [Internet] Dec 2017. Disponible sur : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-12/Inserm_MiseAuPoint_Vaccins_2017.pdf
41. Jalinière H, Sermondadaz S. Vaccination obligatoire ou recommandée : comment font nos voisins européens ? *Sciences et avenir*. 31 janv 2018;
42. Casals P. Retentissements de la loi élargissant les obligations vaccinales à onze pathogènes sur la pratique des médecins généralistes des Bouches du Rhône. Aix Marseille; 2019.
43. Rapport sur la vaccination : Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. 2016 nov.

44. Organisation mondiale de la santé. Communication en matière de sécurité vaccinale [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/communication/fr/
45. Santé Publique France. Semaine européenne de la vaccination du 24 au 30 avril 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/semaine-europeenne-de-la-vaccination-du-24-au-30-avril-2019#>
46. Kaufman J, Ryan R, Walsh L, Horey D, Leask J, Robinson P, et al. Les interventions en face à face pour informer ou éduquer les parents sur la vaccination infantile. 8 mai 2018;
47. Van den Broucke S. La littératie en santé : Un concept critique pour la santé publique. 2014;
48. OCDE. L'Évaluation des compétences des adultes : Manuel à l'usage des lecteurs. OCDE Paris. 2014;
49. Van Deursen AJAM, Van Dijk JAGM. 2011;

ANNEXES

ANNEXE 1 : CALENDRIER VACCINAL 2020



ANNEXE 2 : Cartographie de l'échantillon

	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Genre	Nombre d'année d'exercice	Activité Pédiatrique estimée par rapport au département
M1	Cabinet de Groupe	Semi-rural	Féminin	5 ans	Au dessus de la moyenne
M2	Cabinet de Groupe	Urbain	Féminin	23 ans	En dessous de la moyenne
M3	Cabinet de Groupe	Urbain	Féminin	10 ans	Dans la moyenne
M4	Cabinet de Groupe	Semi-Rural	Féminin	7 ans	Au dessus de la moyenne
M5	Seul	Urbain	Féminin	13 ans	Dans la moyenne
M6	Seul	Rural	Masculin	14 ans	Au dessus de la moyenne
M7	Cabinet de Groupe	Semi-rural	Masculin	35 ans	Dans la moyenne
M8	Cabinet de Groupe	Urbain	Masculin	35 ans	En dessous de la moyenne
M9	Seul	Semi-Rural	Masculin	40 ans	Au dessus de la moyenne
M10	Cabinet de Groupe	Semi-Rural	Féminin	15 ans	Dans la moyenne

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS :

L'entretien : S'effectuera en tête à tête avec enregistrement de la conversation (si accepté par le médecin généraliste)

Durée de l'entretien : Entre 20min et 30min

Personnes interrogées : Dix à douze médecins généralistes qui considèrent faire du suivi d'enfant de moins de 2 ans. Population évolutive, jusqu'à saturation des données. Respect de l'anonymat.

Introduction de l'entretien : Sexe, âge, nombre d'années d'installation, lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), activité pédiatrique ?

« Quel est le ressenti des médecins généralistes vis à vis de la loi d'extension de l'obligation vaccinale ? »

Objectif principal : Connaître les avantages et les inconvénients de cette loi selon les médecins généralistes.

Questionnaire :

- 1) Pouvez vous me parler de la dernière consultation pour la vaccination d'un enfant de moins de 2 ans**
 1. Comment aviez vous abordé la vaccination avec les parents ? (au cours d'une consultation pour un autre motif ? Au cours d'une consultation dédiée ?)
 2. Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
 3. Comment y avez vous fait face ?
- 2) Que faites vous en cas de refus d'un vaccin de la part d'un parent ?**
 1. Quelles en sont les principales causes selon vous ?
 2. Comment argumentez vous pour expliquer le rôle des vaccins ?
 3. Vous sentez vous à l'aise pour expliquer le rôle des vaccins et des adjuvants ?
- 3) Que pensez vous finalement de la loi relative à l'extension de l'obligation vaccinale en date du 1er janvier 2018 ?**
 1. Comment la loi est-elle cohérente avec votre pratique de la vaccination ? Et maintenant, avec le recul, qu'en pensez vous ? avantages, inconvénients ?
 2. Comment feriez vous pour augmenter d'avantage la couverture vaccinale ?

ANNEXE 4 : EXEMPLE D'ARBORISATION DE VERBATIMS

VERBATIM	Codage ouvert	Codage axial
“Oui tout le reste était optionnel. Donc forcément si c'est optionnel, ça fait un peu peur et pourquoi on les fait pas faire si c'est important de les faire ? Donc oui il n'y avait pas de confiance dans les vaccins optionnels.”	Manque de confiance	Hiérarchisation des vaccins
“ça a fait peur à certains parents, de dire « mais on en fait 11 ». Moi ce qui me perturbe c'est effectivement quelque part la façon dont ça a été dit, ça a été faits sans aucune pédagogie, sans prendre le temps de faire comprendre aux patients le pourquoi du comment.”	Peur des parents	Mauvaise communication en amont
“Oui, au niveau du vaccin ROR, on a augmenté notre capacité en vaccination, on a augmenté nos pourcentages. Enfin c'est sur la charente. Je te parle de la Charente parce qu'on reçoit les statistiques de la Charente”	Meilleure couverture vaccinale	Avantages ressentis par les médecins généralistes

ANNEXE 5 : GRILLE CRITÈRES COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Antoine GUAY
2.	Titres académiques	Aucun
3.	Activité	Interne de médecine générale puis médecin remplaçant
4.	Genre	Masculin
5.	Expérience et formation	Première enquête
Relation avec les participants		
6.	Relation antérieure	L'enquêteur connaissait certains médecins (maître de stage ...)
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Connaissance du statut de l'enquêteur et du thème de l'enquête.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Motivations et intérêt pour l'objectif de l'étude énoncés lors des entretiens
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Analyse thématique
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Échantillonnage réalisé sur critères définis a priori
11.	Prise de contact	Téléphone uniquement
12.	Taille de l'échantillon	10 participants inclus
13.	Non-participation	11 médecins non inclus - 10 médecins n'ont jamais rappelé après contact secrétariat - 1 médecin a refusé de participer par manque de temps
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Les données ont été collectées dans les cabinets des médecins généralistes
15.	Présence de non-participants	Aucunes données n'ont été communiquées aux non participants

16.	Description de l'échantillon	- Six femmes et quatre hommes ont participé à l'étude. - Sept médecins exerçaient en cabinet de groupe et trois exerçaient seuls - Quatre médecins exerçaient en milieu urbain, cinq en milieu semi-rural et un en milieu rural.
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Réalisé au préalable, suite à une bibliographie sur le thème de l'étude. Il a été testé sur un médecin dont l'entretien n'a pas été inclus dans l'étude. Les médecins interrogés n'ont pas eu accès au guide d'entretien.
18.	Entretiens répétés	Aucun entretien n'a été répété
19.	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio par deux smartphones
20.	Cahier de terrain	Un cahier était tenu et comprenait les notes relatives aux différents entretiens, aux recherches, aux séminaires relatifs à la thèse.
21.	Durée	Les entretiens ont duré entre 16 minutes et 39 minutes avec une moyenne d'enregistrement de 23 minutes.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a été atteint au bout de sept entretiens. Aucune nouvelle idée après trois entretiens consécutifs. Au total dix entretiens ont été réalisés.
23.	Retour des retranscriptions	Les verbatims n'ont pas été transmis aux participants.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	L'enquêteur et une tierce personne ont codé les données. Les codes ont ensuite été mis en commun et discutés afin de trouver un consensus.
25.	Description de l'arbre de codage	Un exemple a été mis en annexe
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes abordés ont été déterminés par la recherche bibliographique, la connaissance du terrain par l'enquêteur et l'entretien test. Cependant, certains thèmes émergent des

		entretiens ont été ajoutés au guide d'entretien.
27.	Logiciel	Le lecteur multimédia VLC® a été utilisé pour lire les fichiers audio enregistrés lors des entretiens. Le logiciel OpenOffice® a été utilisé comme logiciel de traitement de texte. Le logiciel QDA Miner Lite ® a été utilisé pour coder les différents verbatims
28.	Vérification par les participants	Aucune vérification n'a été effectuée par les participants
Rédaction		
29.	Citations présentées	Les citations ont été utilisées pour illustrer les résultats. Ils ont été anonymisés et précédés de la lettre “M” suivi du numéro attribué aléatoirement à chaque médecin.
30.	Cohérence des données et des résultats	Les résultats ont été obtenus par analyse thématique à partir des verbatims. L'ensemble est donc cohérent.
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux donnaient les titres des principales parties. Ils sont donc clairement identifiés dans les résultats.
32.	Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes secondaires donnaient les sous-titres des parties. Ils sont donc clairement identifiés dans les résultats.

RÉSUMÉ

Introduction : Afin d'améliorer la couverture vaccinale des nourrissons et lutter contre une hésitation vaccinale grandissante depuis plusieurs années, une loi élargissant l'obligation vaccinale à onze pathogène pour les nouveau-nés à partir du 1er janvier 2018 a été promulguée.

Notre travail a pour but de recueillir le ressenti des médecins généralistes, principaux vaccinateurs, suite à la mise en application de cette loi.

Méthode : Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Charente entre février et juin 2020.

Résultats : Alors que les consultations en rapport à la vaccination des nouveau-nés avant 2018 étaient décrites par les médecins comme étant longues et chronophages avec des besoins d'argumentation importants notamment pour les vaccins recommandés qui étaient considérés selon eux comme moins importants que les vaccins obligatoires par les patients, il ressort de nos entretiens que la loi de 2018 a permis selon les médecins généralistes interrogés de faciliter les consultations avec un besoin d'argumentation moindre et une importance identique de chaque vaccin dans la prévention des différentes pathologies concernées ; ceci ayant pour résultat une augmentation de la couverture vaccinale pour des vaccins jusqu'alors difficiles à faire accepter à la population.

Cependant ils déplorent un manque de communication en amont de la loi ayant conduit selon eux à une mauvaise compréhension de cette dernière par les patients. Ils regrettent également une place moins centrale du médecin généraliste dans le système de vaccination actuel avec un rôle qu'ils qualifient d'exécutant. Ils notent également un manque de souplesse de cette loi avec des schémas de rattrapages pouvant s'avérer complexe.

Plusieurs pistes ont été proposées afin de continuer à améliorer la couverture vaccinale s'articulant principalement autour de la communication et l'éducation des futurs parents.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés sont globalement satisfaits de la loi vaccinale de 2018. Malgré cela, certains points négatifs ont pu être mis en évidence ce qui laisse des axes de progression. La communication et l'éducation des futurs parents semblent devoir prendre une place majeure dans le travail pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Mots clés : Vaccination - Médecins généralistes - Ressenti - Obligation vaccinale - Loi vaccinale - Charente



SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



RÉSUMÉ

Introduction : Afin d'améliorer la couverture vaccinale des nourrissons et lutter contre une hésitation vaccinale grandissante depuis plusieurs années, une loi élargissant l'obligation vaccinale à onze pathogène pour les nouveau-nés à partir du 1er janvier 2018 a été promulguée.

Notre travail a pour but de recueillir le ressenti des médecins généralistes, principaux vaccinateurs, suite à la mise en application de cette loi.

Méthode : Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Charente entre février et juin 2020.

Résultats : Alors que les consultations en rapport à la vaccination des nouveau-nés avant 2018 étaient décrites par les médecins comme étant longues et chronophages avec des besoins d'argumentation importants notamment pour les vaccins recommandés qui étaient considérés selon eux comme moins importants que les vaccins obligatoires par les patients, il ressort de nos entretiens que la loi de 2018 a permis selon les médecins généralistes interrogés de faciliter les consultations avec un besoin d'argumentation moindre et une importance identique de chaque vaccin dans la prévention des différentes pathologies concernées ; ceci ayant pour résultat une augmentation de la couverture vaccinale pour des vaccins jusqu'alors difficiles à faire accepter à la population.

Cependant ils déplorent un manque de communication en amont de la loi ayant conduit selon eux à une mauvaise compréhension de cette dernière par les patients. Ils regrettent également une place moins centrale du médecin généraliste dans le système de vaccination actuel avec un rôle qu'ils qualifient d'exécutant. Ils notent également un manque de souplesse de cette loi avec des schémas de rattrapages pouvant s'avérer complexe.

Plusieurs pistes ont été proposées afin de continuer à améliorer la couverture vaccinale s'articulant principalement autour de la communication et l'éducation des futurs parents.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés sont globalement satisfaits de la loi vaccinale de 2018. Malgré cela, certains points négatifs ont pu être mis en évidence ce qui laisse des axes de progression. La communication et l'éducation des futurs parents semblent devoir prendre une place majeure dans le travail pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Mots clés : Vaccination - Médecins généralistes - Ressenti - Obligation vaccinale - Loi vaccinale - Charente