

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 28 janvier 2014 à POITIERS
par
Thomas FERNANDEZ

**Etude qualitative sur la mise à disposition des vaccins au cabinet du
médecin généraliste :**

**Difficultés et représentations des professionnels de santé lors d'une expérimentation dans le
département de la Vienne.**

COMPOSITION DU JURY :

Président : Madame le Professeur France ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Monsieur le Professeur Denis ORIoT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIoT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur France ROBLOT,

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette soutenance de thèse, soyez assurée de mon grand respect et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND,

Pour tout l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de le juger.

A Monsieur le Professeur Denis ORIOT,

Pour votre présence au sein de ce jury et pour toute l'attention que vous avez portée à cette thèse.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT,

Pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, pour m'avoir proposé ce sujet et pour avoir mêlé vos connaissances à vos encouragements ; soyez assuré de mon respect le plus sincère.

A Monsieur le Docteur Gaël ENARD,

Pour son implication et son aide méthodologique.

A Madame le Docteur Julie DELANNEL,

Pour son implication et son investissement à mes côtés.

A Madame le Docteur Emilie RETHORE-BERTHOME,

Pour ses conseils, son soutien et tout l'intérêt qu'elle a porté à ce travail finalement achevé.

A l'ensemble des professionnels de santé ayant participé à ce projet et sans lesquels il n'aurait pu aboutir.

A tous les médecins généralistes de Charente-Maritime qui m'accordent leur confiance et me permettent régulièrement d'exercer la médecine en tant que remplaçant.

A tous les médecins et enseignants que j'ai rencontrés tout au long de mon cursus à Bordeaux, Poitiers et La Rochelle,

Pour leur savoir, leur pédagogie et leurs encouragements qui m'ont permis de progresser et de m'épanouir dans cette voie.

A ma femme Julie,

Ceux qui sont faits pour être ensemble finissent toujours par être réunis... Tu me soutiens depuis si longtemps déjà... Avec toi à mes côtés, je sais que je recevrai tout ce dont j'ai besoin. Tes sourires sont les éclats de ta solidité qui me réconforte chaque jour. Merci pour tout ça, et pour bien d'autres choses encore. Je t'aime. Je dis « Pole ! ».

A mes parents René et Françoise,

Pour votre amour et votre soutien dans l'ensemble de mes projets. Sans vous, je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui. Je vous dois énormément et ne l'oublierai jamais. Je suis fier d'être votre fils.

A mon frère Mathieu, sa compagne Elise, et ma nièce Noémie,

Pour vos sourires et votre joie de vivre, pour tous les bons moments passés et à venir. Merci de me faire entrer dans le cercle des tontons heureux (qui a dit gâteaux ?). Mathieu, pour tous les souvenirs que tu me procures, notre enfance partagée et nos éclats de rires : il n'y en a qu'un seul comme toi, merci d'être celui-là.

A mes grands-parents, Alfred, Argentine, René et Eléonore,

Certains d'entre vous ont déjà commencé à voyager mais jamais je ne me suis senti déraciné à vos côtés. J'espère être à la hauteur des valeurs qui vous avez su me faire passer, de mon enfance jusqu'à ce jour.

A Jean-Christophe, Nasser et Thomas,

Vous êtes les témoins de mon mariage, vous êtes les témoins de ma vie et de ce que je suis. Vous êtes beaux, vous êtes rares, vous êtes mon socle de confiance. Sachez que l'amitié fidèle que je vous porte est sans limite ; elle dépassera d'ailleurs bientôt la frontière franco-allemande (n'est-ce pas JC ?).

A toute ma famille,

Chacun d'entre vous tient une place particulière dans mon cœur.

A mes amis,

Vous êtes mes alliés dans la vie et vous connaissez l'importance que j'accorde aux valeurs de l'amitié : chacun de vous à mes côtés me donne la force d'être toujours meilleur, même autour des greens les M&M's ! Marie, merci pour tes yeux de lynx et tes remarques avisées. Merci mes amis.

A Michel et Marisol,

Vous m'avez accepté, vous me rendez heureux chaque jour par l'intermédiaire de votre fille et j'ai toujours plaisir à vous retrouver. Je vous en remercie, vous êtes aussi ma famille désormais.

A Max et Hugo,

Vous êtes deux champions que je porte en haute estime. Je suis certain que l'avenir nous réserve de superbes moments à partager tous ensemble.

A Eric et Marc,

Pour avoir su me faire partager la passion de votre métier et de la médecine manuelle. Vous avez su « rejaillir » sur moi, je vous dois beaucoup. Je vous remercie pour ça.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	10
<u>DONNEES VACCINOLOGIQUES</u>	12
<u>1. Rappels épidémiologiques</u>	12
1.1 Diphtérie	12
1.2 Tétanos	12
1.3 Poliomyélite	12
1.4 Coqueluche	13
1.5 Rougeole	13
1.6 Oreillons	14
1.7 Rubéole	15
<u>2. Guide des vaccinations et nouvelles recommandations 2013 : un calendrier vaccinal simplifié !</u>	16
2.1 Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	16
2.2 Coqueluche	17
2.3 Rougeole, Oreillons, Rubéole	18
2.4 Points clés sur les nouvelles recommandations 2013	19
<u>3. Actualités et couverture vaccinale</u>	21
3.1 Couverture nationale	21
3.2 Couverture régionale	23
<u>METHODOLOGIE</u>	25
<u>1. Question de recherche</u>	25
<u>2. Choix de la méthode qualitative</u>	26
<u>3. Description de l'étude</u>	27
3.1 Choix et recrutement des participants	27
3.2 Méthode d'acquisition et recueil des données	28
3.3 Analyse qualitative	29
3.4 Ethique de la recherche	32
<u>RESULTATS</u>	33
<u>1. Caractéristiques de l'échantillon</u>	33
<u>2. Un maître acteur : le praticien</u>	34
2.1 Les réalités de la pratique vaccinale	34
2.2 Les patients face à la vaccination en général	35
2.3 Arborisation de l'étude analytique (annexe 6)	36

3. <u>La vaccination immédiate : une pratique déjà établie ?</u>	36
3.1 La vaccination immédiate : un côté « pratique-pratique »	36
3.2 L'acceptabilité de la part des patients	37
3.3 Vacciner de suite : l'expérimentation des médecins généralistes	37
3.4 Géolocalisation et pharmacie de proximité : un avantage considérable	38
3.5 Arborisation de l'étude analytique (annexe 7)	38
4. <u>Une logistique à adapter</u>	39
4.1 Décalage de perception entre les difficultés de l'univers logistique et les pratiques médicales usuelles	39
4.2 Besoin ou nécessité d'adaptation : aides financières ou logistiques	40
4.3 Arborisation de l'étude analytique (annexe 8)	40
5. <u>Classification par les catégories de Peirce</u>	41
6. <u>En aparté</u>	42
6.1 L'univers familial : une donnée à prendre en compte	42
6.2 La vaccination immédiate au détriment d'une consultation de prévention ?	42
6.3 Un exemple de pratique en maison de santé	43
<u>DISCUSSION</u>	44
1. <u>Forces et limites</u>	44
1.1 L'entretien semi-dirigé	44
1.2 L'échantillon de participants	45
1.3 La méthode d'analyse qualitative	46
1.4 Critères de scientificité	47
2. <u>A propos des résultats</u>	47
2.1 Vaccination immédiate et couverture vaccinale	47
2.2 Un temps d'étude trop court ?	48
2.3 Une pratique établie à rectifier	49
3. <u>Hypothèses et perspectives : le stock « tampon »</u>	50
<u>CONCLUSION</u>	52
BIBLIOGRAPHIE	53
LISTE DES ABREVIATIONS	57
LISTE DES FIGURES	58
LISTE DES TABLEAUX	59
ANNEXES	60
RESUME	105
SERMENT D'HIPPOCRATE	106

INTRODUCTION

Il est absolument nécessaire d'obtenir et de maintenir une bonne couverture vaccinale pour contrôler et endiguer les maladies infectieuses accessibles à la vaccination. La loi de santé publique de 2004 préconise d'atteindre ou de maintenir, selon les maladies, un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés, d'ici l'horizon 2020 [1].

Les déterminants de la couverture vaccinale tiennent d'une part de la collectivité et des professionnels de santé et d'autre part des patients eux-mêmes ou de leurs parents pour les enfants.

Il semble que la majorité de la population française soit plutôt favorable à la vaccination [2]. Cependant, elle mesure moins le risque lié aux maladies infectieuses d'après les données épidémiologiques de l'enquête « Nicolle 2006 » [3].

Les patients (et les parents de patients, pour les enfants) peuvent avoir une certaine représentation de la vaccination qui influe sur leur décision d'accepter ou non les recommandations du programme vaccinal. Le refus majoritaire de la population française de participer en 2009 à la vaccination de masse contre la grippe A (H1N1) en est un exemple [4].

Le rôle du médecin généraliste, acteur et éducateur de santé, interlocuteur privilégié concernant la vaccination, reste prépondérant pour renforcer l'alliance thérapeutique et l'adhésion au programme de vaccination.

Une étude prospective réalisée en 2007 auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes a mis en avant les insuffisances de couverture vaccinale régionale. Cela a amené l'idée de proposer immédiatement un prochain rendez-vous pour la réalisation de l'injection du vaccin dès sa prescription [5].

En 2011, le Dr Aurélie VIGNAUD en a réalisé « l'expérience » et a montré une amélioration de la réalisation des vaccins prescrits dans le délai souhaité de 14,5%, passant de 60,1% à 74,6%. Pourtant, au terme de son étude, il a été constaté que plus du quart des prescriptions vaccinales ne sont pas réalisées dans les délais souhaités par le prescripteur [6].

Ensuite, le Dr Emilie RETHORE-BERTHOME a essayé de quantifier l'impact sur la couverture vaccinale de la mise à disposition au cabinet du médecin généraliste des vaccins ROR et dTP/Tétravalent dans le département de la Vienne. Il a été retrouvé une amélioration significative du taux de vaccins réalisés dans le délai souhaité par le prescripteur passant de 50% à 82%, dont 75% furent réalisés immédiatement, lors de la deuxième semaine d'étude [7].

Cependant, l'objectif du taux de couverture vaccinal de 95% n'est pas atteint. D'où notre questionnement : quelles sont les difficultés et les freins rencontrés par les médecins généralistes au cours de cette précédente étude ? Existrent-ils des facteurs limitant la réalisation de la vaccination immédiate au sein du cabinet médical empêchant d'atteindre les objectifs ? Quels sont les avis et les représentations des professionnels de santé sur une telle pratique ?

Ainsi, dans ce projet et au travers d'une étude qualitative, nous proposons d'identifier et de mettre en relief les limites et les difficultés de « terrain » perçues par les acteurs de santé. Grâce à l'identification d'un ensemble d'éléments, nous espérons pouvoir faire face dans le futur à ces difficultés dans le but de se rapprocher au plus près des objectifs de couverture vaccinale.

DONNEES VACCINOLOGIQUES

1. Rappels épidémiologiques

1.1 Diphtérie

Elle reste une maladie à déclaration obligatoire même si la réalisation de la vaccination généralisée a permis depuis la moitié du 20^{ème} siècle une quasi disparition des cas autochtones de *Corynebacterium diphtheriae* en France.

Il en a été dénombré 7 dans le pays depuis 2002, alors qu'aucun cas n'était ressorti depuis les années 90 [8]. Elle reste cependant un problème de santé publique dans certaines régions du monde, telles que l'Asie du Sud-Est ou l'Afrique.

1.2 Tétanos

Le tétanos est aussi une maladie à déclaration obligatoire. Depuis 1960, les cas rapportés sont en très nette diminution. Entre les années 2000 et 2011, 200 cas ont été déclarés. Un quart d'entre eux furent mortels, concernant essentiellement des personnes âgées de plus de 70 ans (85%). Une blessure souillée par la terre et des débris végétaux était reliée à la déclaration de la maladie dans la majorité des cas [9].

1.3 Poliomyélite

L'obtention d'une couverture vaccinale optimale s'avère nécessaire comme le prouve le plan d'éradication de l'Organisation Mondiale de la Santé lancé en 1988. Pourtant, l'éradication de la poliomyélite ne trouve pas d'aboutissement comme le montre la réapparition de certaines zones d'endémies : jusqu'à 23 pays ont déclarés des cas en 2009 [10].

En France, l'obligation de vaccination contre la poliomyélite a été instituée par la loi N° 64-643 du 1^{er} juillet 1964 (article L. 3111-3 du Code de la santé publique, ancien article L. 7-1).

La région Europe de l'OMS a été déclarée exempte de poliomyélite le 21 juin 2002, en adéquation avec la dernière revue de situation dans notre pays datant de novembre 2000 [10] [11].

1.4 Coqueluche

Malgré l'atteinte de niveaux de couverture vaccinale très élevés depuis plus de 30 ans avec un vaccin dont le pouvoir protecteur a été confirmé, la coqueluche n'a pas été éliminée en France.

86 cas ont été recensés en 1985. L'année suivante, la coqueluche ne devenait plus une maladie à déclaration obligatoire [12]. En 2011, le réseau de surveillance RENACOQ dénombrait 74 cas de coqueluche sévère chez les moins de 6 mois. La contamination est effectuée en majorité (87%) par les parents et la fratrie. Cela démontre l'échec de la stratégie dite « cocooning » développée en 2004 qui insiste notamment sur un élargissement des recommandations dans le but d'améliorer la couverture vaccinale [13].

1.5 Rougeole

Elle est une des maladies infectieuses les plus contagieuses, devenue à déclaration obligatoire depuis 2005. Entre 1985 et 1987, avec une couverture vaccinale de 40%, le nombre annuel de cas de rougeole survenant en France et estimé par le réseau Sentinelles était toujours supérieur à 200 000 cas (Figure 1). Avec l'amélioration progressive de la couverture vaccinale à 70% en 1990 puis 85% en 2005, le nombre annuel des cas de rougeole est devenu inférieur à 100 000 à partir de 1992, puis inférieur à 4 000 cas à partir de 2006, soit moins de 5 cas pour 100 000 habitants [14] [15].

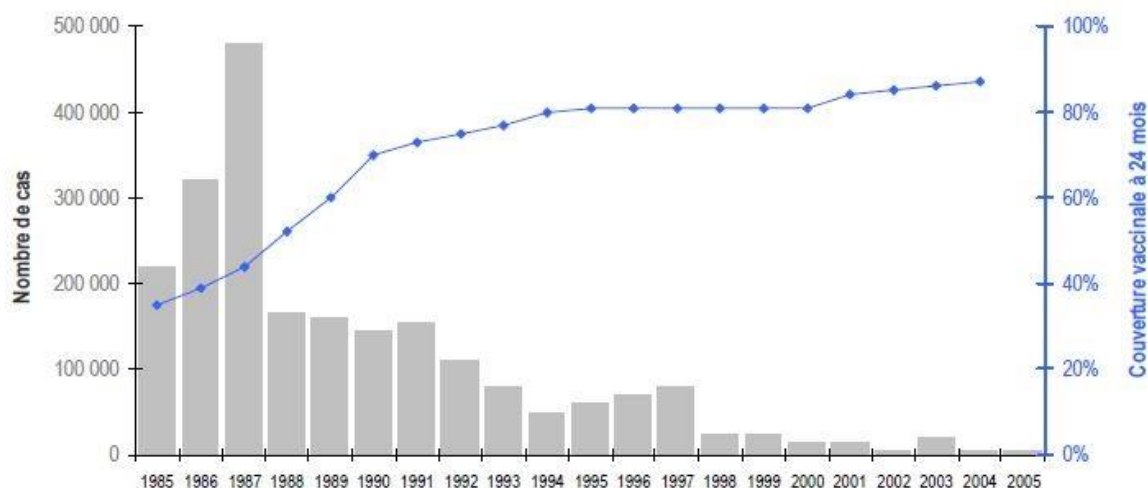


Figure 1 : Evolution du nombre de cas de rougeole recensés en France métropolitaine par le réseau Sentinelles de l'Inserm et de la couverture vaccinale 1 dose à 2 ans, 1985-2005.

Entre 2008 et 2011, l'épidémie de rougeole progresse en France. Le nombre de cas déclarés est de 14966 en 2011, dont 146 en Poitou-Charentes [16]. Sur cette même période, parmi la population des 1-30 ans contaminés, 80,2% n'étaient pas vaccinés, 14,5% n'avaient reçu qu'une seule dose de vaccin. Depuis début 2012, le nombre de cas est en diminution [17].

1.6 Oreillons

La transmission du virus ourlien est interhumaine par voie aérienne et le réservoir est strictement humain, avec une contagiosité importante rendant l'isolement inefficace.

Avant l'introduction du vaccin en France, on évaluait à plusieurs centaines de milliers le nombre de cas annuels. À la suite de la mise en œuvre des campagnes de promotion de la vaccination en 1983 et à la surveillance par le réseau Sentinelles depuis 1985, la couverture vaccinale à l'âge de 2 ans a progressé régulièrement, mais stagne depuis la fin des années 90 aux alentours de 85% [18].

En 2011, on retrouve un taux d'incidence annuelle 95 fois moins important qu'en 1986, avec 9 cas pour 100000 habitants repérés (figure 2).

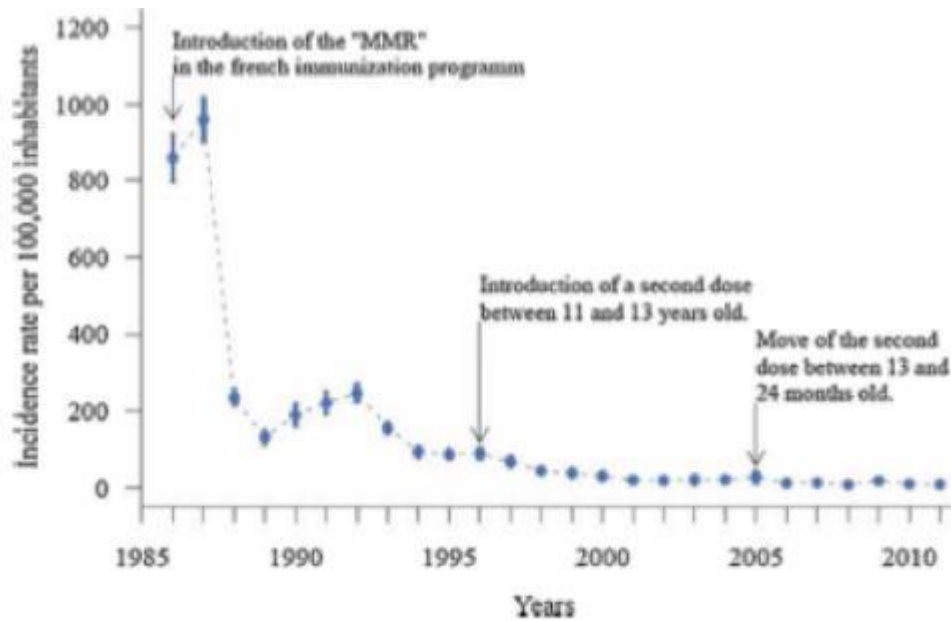


Figure 2 : Taux d'incidence annuel des oreillons pour 100000 habitants en France de 1986 à 2011.

1.7 Rubéole

En 1976 a été mis en place en France le réseau de laboratoires Rénarub dédié à la surveillance des infections rubéoleuses chez les femmes enceintes et la survenue de rubéoles congénitales [19].

Entre 1997 et 2006, 324 infections maternelles ont été diagnostiquées et notifiées à Rénarub. Sur cette même période, on retrouve une diminution du ratio du nombre d'infections maternelles sur le nombre de naissances vivantes, passant de 11,9 pour 100000 en 1997 à 0,4 pour 100000 en 2006.

Le taux d'incidence des rubéoles congénitales malformatives recensées par le réseau a également diminué, de 1,1 pour 100000 naissances vivantes en 1997 à un taux nul en 2006 [20].

La vaccination des nourrissons en 1983 et sa généralisation à partir de 1986 avec le vaccin rougeole-oreillons-rubéole ont conduit à une diminution très marquée de l'incidence des infections rubéoleuses durant la grossesse (figure 3).

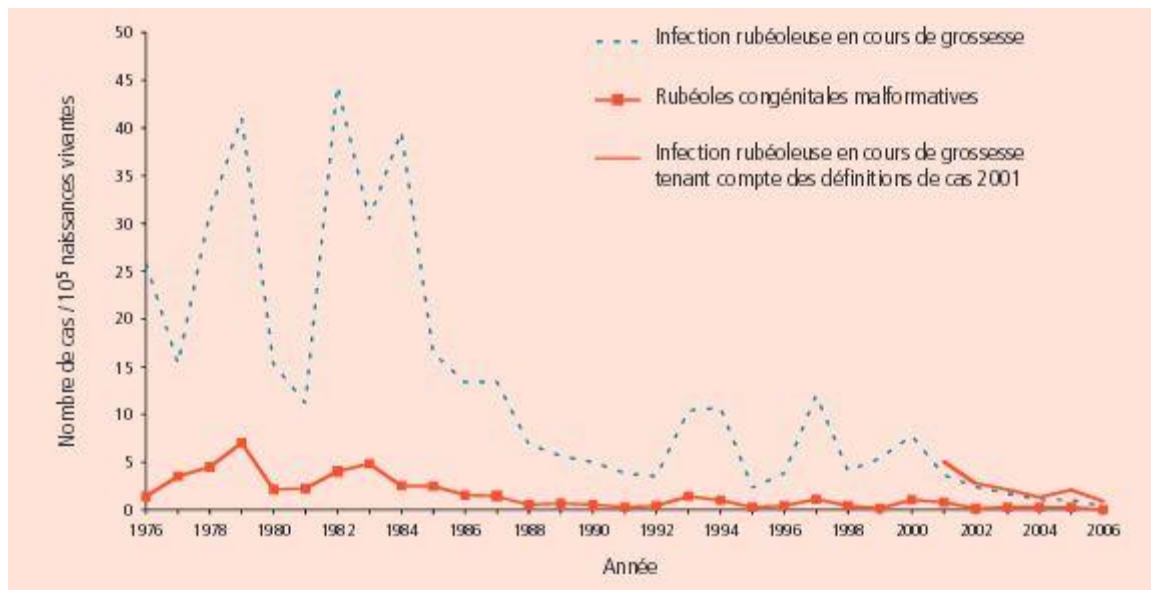


Figure 3 : Taux d'incidence des infections rubéoleuses chez les femmes enceintes et des rubéoles congénitales malformatives – France métropolitaine, 1976 – 2006.

2. Guide des vaccinations et nouvelles recommandations 2013 : un calendrier vaccinal simplifié ! (Annexe 1)

2.1 Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

Le schéma vaccinal est composé de la manière suivante [21] :

- Primovaccination avec un vaccin combiné : une dose à l'âge de 2 et 4 mois, une dose de rappel à 11 mois (DTPolio).
- Rappel à 6 ans avec une dose de DTCaPolio.
- Rappel entre 11 et 13 ans avec une dose de dTcaPolio.
- A 25 ans : une dose de dTcaPolio, ou, si la personne a reçu une dose de vaccin coquelucheux depuis moins de 5 ans, une dose de dTPolio.
- A 45 et 65 ans : une dose de dTPolio.
- Puis une dose de dTpolio tous les 10 ans à partir de 75 ans (tableaux I et II).

2.2 Coqueluche

Le schéma vaccinal est le suivant [21] :

- Primovaccination avec un vaccin combiné : une dose à l'âge de 2 et 4 mois, une dose de rappel à 11 mois.
- Rappel à 6 ans avec une dose de DTcaPolio.
- Rappel entre 11 et 13 ans avec une dose de dTcaPolio.
- Rappel chez les adultes, avec une dose de dTcaPolio, si projet d'être parent, pour l'entourage familial lors d'une grossesse, lors du rappel des 25 ans, ou en l'absence de vaccination coqueluche dans les cinq dernières années (tableaux I et II).

La stratégie dite « cocooning » mise en place en 2004 recommande une vaccination contre la coqueluche (dTcaPolio) chez les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir. Elle concerne également les membres de l'entourage familial à l'occasion d'une grossesse, selon les modalités suivantes :

- pour le père, la fratrie et l'adulte chargé de la garde du nourrisson pendant ses six premiers mois de vie.
- pour la mère en post-partum immédiat, notamment pendant l'allaitement.

Il est possible de ramener à deux ans chez l'adulte le délai minimal séparant une vaccination dTPolio de l'administration du vaccin quadrivalent dTcaPolio.

2.3 Rougeole, Oreillons, Rubéole

La variation du schéma vaccinal à deux doses des enfants avant l'âge de 2 ans et l'administration plus précoce de la seconde dose devraient permettre à terme l'interruption de la transmission des trois maladies [21].

L'ensemble des enfants âgés de 24 mois devraient avoir reçu deux doses du vaccin trivalent. La première dose est recommandée à l'âge de 12 mois, la seconde dose à l'âge de 16-18 mois. Les personnes nées depuis 1980 devraient avoir reçu au total deux doses de vaccin trivalent, en respectant un délai minimum d'un mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies (tableaux I et II).

	Vaccins contre :	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11 - 15 ans	15 ans	17 ans
Recommandations générales	Diphtérie (D), Tétanos (T)		DT	DT	DT			DT	dT		
	Poliovirus inactivé (Polio)		Polio	Polio	Polio			Polio	Polio		
	Coqueluche acellulaire (Ca)		Ca	Ca	Ca			Ca	ca ²		
	<i>Haemophilus influenzae</i> b (Hib)		Hib	Hib	Hib						
	Hépatite B (Hep B)		Hep B	Hep B	Hep B						
	Pneumocoque (Pn conj)		Pn ⁷ conj	Pn conj	Pn conj						
	Méningocoque C (vaccin conjugué)					1 dose					
	Rougeole(R) Oreillons (O) Rubéole (R)					1 ^{re} dose	2 ^{ème} dose				
	Papillomavirus humain (HPV)								3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2 mois, 6 mois (filles entre 11- 14 ans)		
Par âge	Hépatite B						3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou, de 11 à 15 ans révolus, 2 doses selon le schéma 0, 6 mois ^a				
	Méningocoque C (vaccin conjugué)						1 dose jusqu'à 24 ans ^a				
	Papillomavirus humain (HPV)									3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2, 6 mois (jeunes filles de 15 à 19 ans révolus)	
	R.O.R.							2 doses à au moins 1 mois d'intervalle si pas de vaccin antérieur ; 1 dose si une seule dose vaccinale antérieure			

Notes : les vaccins indiqués sur fond jaune foncé existent sous forme combinée. Encadrés verts : co-administration possible

Tableau I : Vaccinations recommandées chez les enfants et les adolescents en 2013.

	Vaccins contre :	18-24 ans	25 ans	35 ans	45 ans	65 ans	≥ 65 ans
Recommandations générales	Diphtérie (d) Tétanos (T) Poliomyélite (Polio)		dTcaPolio ¹ ou dTPolio si dernier rappel de dTcaPolio < 5 ans		dTPolio	dTPolio	dTPolio à 75, 85 ans, etc...
	Coqueluche acellulaire (ca)						
	Grippe						1 dose annuelle
			Substituer une fois 1 dose dTcaPolio en l'absence de vaccination coquelucheuse antérieure à l'âge adulte (cocooning)				
Rattrapage	Coqueluche acellulaire (ca)		Substituer une fois 1 dose dTcaPolio en l'absence de vaccination coquelucheuse antérieure à l'âge adulte (cocooning)				
	Méningocoque C (vaccin conjugué)	1 dose ²					
	Papillomavirus humain (HPV)	3 doses selon le schéma 0, 1 ou 2, 6 mois (jeunes femmes jusqu'à l'âge de 19 ans révolus)					
	Rougeole (R) Oreillon (O) Rubeole (R)	Atteindre 2 doses au total chez les personnes nées depuis 1980					
	Rubeole			1 dose de ROR chez les femmes non vaccinées			
Populations particulières et à risque	Coqueluche acellulaire (ca)	1 dose de dTcaPolio ¹ une seule fois pour : Les adultes ayant le projet d'être parents (cocooning), les membres de la famille lors d'une grossesse et la mère en post-partum, n'ayant pas reçu de rappel dans les 5 dernières années (délai minimal de 2 ans entre 1 dose de dTPolio et 1 dose de dTcaPolio)					
	Grippe	1 dose annuelle si risque particulier ³					
	Hépatite A	2 doses selon le schéma : 0, 6 mois si exposition à un risque particulier ⁴					
	Hépatite B	3 doses selon le schéma : 0, 1, 6 mois si exposition à un risque particulier ⁵					
	Méningocoque ACVW135 (conjugué)	1 dose chez les personnes ayant un déficit en complément ou en properdine, recevant un traitement anti-C3A ou aspléniques et chez les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques					
	Pneumocoque (vaccin Pn23)	1 dose si personne à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque ⁶ . Utilité de la revaccination en attente d'une réévaluation par le HCSP					
	Varicelle	2 doses ⁷ si risque particulier					

Tableau II : Vaccinations recommandées chez les adultes en 2013 (en dehors des vaccinations réalisées en milieu professionnel).

2.4 Points clés sur les nouvelles recommandations 2013 [21]

Concernant le nourrisson :

- Schéma simplifié à « 2+1 » avec deux injections à l'âge de 2 et 4 mois, suivies d'un rappel avancé à l'âge de 11 mois, pour le vaccin pentavalent ou hexavalent, selon l'administration conjointe de la vaccination contre l'hépatite B ou non.
- L'avancement à l'âge de 11 mois du rappel contre les infections invasives à pneumocoques, selon un schéma de vaccination identique à celui décrit précédemment, rendant une administration conjointe possible.

- Première dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour tous les enfants à l'âge de 12 mois, quel que soit le mode de garde en dehors de la période épidémique ; la seconde dose étant recommandée entre 16 et 18 mois.
- L'administration de la vaccination contre les infections invasives à méningocoques de sérogroupe C est recommandée à l'âge de 12 mois, avec une administration conjointe possible de la première dose de ROR.

Concernant l'enfant et l'adolescent :

- A l'âge de 6 ans, un rappel contre la coqueluche est désormais recommandé, conjointement à celui déjà prévu contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.
- Un rappel entre 11 et 13 ans type « dTcaP » avec désormais des concentrations réduites d'anatoxine diphtérique et antigènes coquelucheux, dont l'administration peut être conjointe à celle du papillomavirus humains (HPV) recommandée chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans.

Pour l'adulte :

- Rappels contre la diphtérie à dose réduite en anatoxine, le tétanos et la poliomyélite désormais à âge fixe : 25, 45 et 65 ans, puis tous les dix ans.
- En complément de la stratégie « cocooning », il est recommandé un rappel contre la coqueluche à dose réduite en antigènes coquelucheux à l'âge de 25 ans.

3. Actualités et couverture vaccinale

Concernant les vaccinations DTP et coqueluche, l'objectif de couverture vaccinale fixé est de 95% pour les enfants, adolescents et adultes jeunes, 90% pour les plus de 65 ans. Pour le vaccin rougeole-oreillons-rubéole, l'objectif est l'administration des 2 doses pour 95% des personnes concernées, atteint à l'âge de 15 ans, avec au moins 80% des enfants de 24 mois ayant reçu la deuxième injection [22].

3.1 Couverture nationale [23]

Les données nationales, élaborées à partir des certificats de santé obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois et des enquêtes réalisées en milieu scolaire, montrent une assez bonne couverture vaccinale du petit enfant pour le DTP et la coqueluche (tableaux III et IV).

	2008	2009	2010	2011
DT 3 doses	96,5%	96,5%	96,2%	96,5%
Polio 3 doses	96,5%	96,5%	96,2%	96,5%
Coqueluche 3 doses	96,1%	96,2%	95,9%	96,2%

Tableau III : Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche à l'âge de 9 mois, France, 2006-2011 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 9^{ème} mois. Traitement INVS).

	1985 (%)	1990 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)
DT 3 doses		96,4	97,1	97,4	97,6	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,5	98,5	98,8	98,8	98,5	98,4	98,5	98,7
DT rappel	73,0	84,7	88,5	89,8	89,7	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3
Polio 3 doses		96,1	96,9	97,1	97,4	97,2	97,6	98,0	98,0	97,4	96,2	98,5	98,4	98,7	98,6	98,3	98,4	98,5	98,7
Polio rappel	75,0	84,3	88,1	89,4	89,3	87,4	87,5	87,7	87,7	88,3	89,1	89,1	89,2	90,5	91,2	91,5	91,7	91,3	91,3
Coqueluche 3 doses		94,3	95,9	96,7	96,8	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	98,2	98,2	98,5	98,4	97,9	98,2	98,2	98,4
Coqueluche rappel	74,0	82,4	87,3	89,0	88,8	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89,0	90,3	91,0	91,1	91,4	90,8	90,5

Tableau IV : Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche à l'âge de 24 mois, France, 1985-2011 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^{ème} mois. Traitement INVS).

Par contre, il est noté un défaut de couverture vaccinale relativement important dès 24 mois pour la deuxième dose de ROR (tableau V) et pour la coqueluche chez l'adolescent (tableau VI).

Année de naissance	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Couverture rougeole « 1 dose »	86,1%	85,4%	86,8%	88,9%	89,1%	90,6%	91,4% [90,4-92,4]
Couverture rougeole « 2 doses »	29,3%	35,0%	41,0%	46,6%	52,6%	57,8%	62,8% [61,6-64,0]

Mise à jour au 31/12/12

Tableau V : Couverture vaccinale rougeole « 1 et 2 doses » à 24 mois selon l'année de naissance, 2004-2010 (source : Echantillon généraliste des bénéficiaires CnamTS. Traitement INVS).

	Enquête 2003-2004	Enquête 2008-2009*
DTP	80,5%	84%
Coqueluche	57,4%	70%

Tableau VI : Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez les enfants scolarisés en classe de 3^{ème} (15 ans), France (source : Drees-Dgesco, enquête nationale de santé 2003-2004 auprès des élèves scolarisés en classe de 3^{ème}. Traitement INVS).

Concernant la couverture du DTP chez l'adulte, celle-ci se révèle très largement insuffisante (tableau VII).

	Diphtérie	Tétanos	Poliomyélite
Rappel depuis moins de 10 ans	29,1%	62,3%	36,1%
Rappel depuis moins de 15 ans	33,7%	71,2%	41,9%

Tableau VII : Couverture vaccinale DTP chez les personnes âgées de plus de 16 ans, enquête Santé et protection sociale, France, 2002 (source : Irdes. Traitement INVS).

3.2 Couverture régionale

En Poitou-Charentes, suite à une enquête nationale de santé en milieu scolaire de 2004 à 2005 réalisée auprès des enfants de 6 ans, il a été noté un taux de couverture vaccinale de 96,5% pour le DTP et 94,6% pour la coqueluche. Concernant le taux pour la première dose de ROR, on retrouve 94% de couverture pour la rougeole et 89,2% pour les oreillons et la rubéole, et seulement 35,2% des enfants ayant reçu la deuxième dose de ROR à 6 ans [24].

Toujours en Poitou-Charentes, suite à une nouvelle enquête réalisée à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) auprès d'un échantillon de jeunes de 17 ans recrutés lors des Journées Défense et Citoyenneté, il a été relevé un taux de couverture de 88,3% pour le DTP, 73,5% pour la coqueluche et 84,8% pour les deux doses de ROR sur les années 2010-2011 [25].

67% des enfants de 13 ans étaient à jour du rappel de la coqueluche, contre 78% pour le rappel DTP alors que les deux rappels sont associés depuis 1998 [25].

Entre 2009 et 2011, l'étude Com'Stat de l'ARS Poitou-Charentes démontre que seulement 34% des enfants de 2 ans ont reçu les deux doses de ROR recommandées à 24 mois (figure 4) [16]. Le rattrapage vaccinal se réalise par la suite pour les deux tiers des patients essentiellement entre 2 et 6 ans.

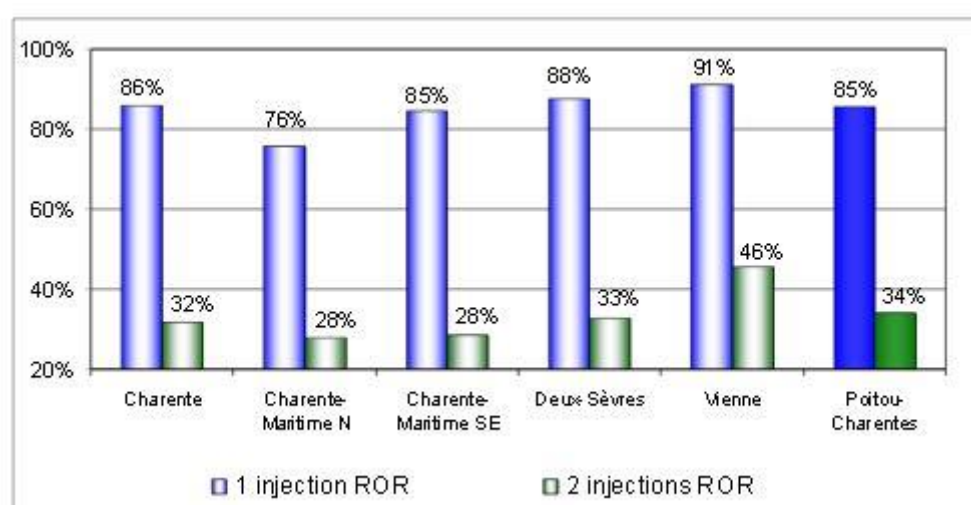


Figure 4 : Répartition des vaccins ROR selon le sexe du patient (période du 15 juillet 2009 au 14 juillet 2011).

1. Question de recherche

Elle se situe dans la lignée de trois thèses de médecine générale.

En 2007, suite au travail de thèse intitulée « Les non respects du calendrier vaccinal chez les enfants de 0 à 5 ans » du Dr Céline OLIVET, il a été émis l'hypothèse d'une amélioration de la couverture vaccinale en proposant un rendez-vous immédiat dans la foulée de la prescription vaccinale [5].

En 2011, le Dr Aurélie VIGNAUD a mis cette idée en application au travers de son étude : « La vaccination : programmer les rendez-vous pour mieux réaliser. A propos d'une étude prospective réalisée en Poitou-Charentes ». Au terme de ce travail, il a été constaté une amélioration du taux de vaccins réalisés dans le délai souhaité de 14,5 points, passant à 64,6%. Suite aux trois mois d'étude, l'amélioration du taux de vaccins pratiqués est de 10,7 points, mais persistent encore 26,7% de prescriptions vaccinales non réalisées [6].

Le Dr Emilie RETHORE-BERTHOME, toujours dans le but de tester l'amélioration du taux de couverture vaccinale, a mis à disposition directement au cabinet du praticien des vaccins ROR et dTP/tétravalent pour les plus de 15 ans. Suite à son travail de thèse, « Impact sur la couverture vaccinale de la mise à disposition des vaccins au cabinet du généraliste : étude prospective sur la vaccination dTcaPolio et ROR dans la Vienne », il a été retrouvé une augmentation significative du taux de vaccins réalisés dans le délai souhaité passant de 50% à 82%, dont 75% furent réalisés immédiatement, lors de la deuxième semaine d'étude [7].

De l'objectif du taux de couverture vaccinal fixé à 95% découle alors notre question : quels sont les facteurs limitant la réalisation de la vaccination immédiate au sein du cabinet médical ? Pouvons-nous les mettre en évidence en étudiant les difficultés et les freins rencontrés par les médecins généralistes au cours de cette précédente étude ?

2. Choix de la méthode qualitative

La médecine bénéficie de plus en plus de l'apport des sciences humaines, notamment lorsqu'il s'agit d'évaluer l'influence des comportements humains sur nos pratiques.

La recherche qualitative reste un précepte relativement récent. Elle remonte aux années 1920 où anthropologues et sociologues furent les premiers à mener des recherches sur des phénomènes humains dans leur environnement naturel d'un point de vue holistique [26]. Plus tard, elle fut appliquée au domaine du marketing et c'est à partir des années 1990 que les chercheurs de santé ont commencé à s'approprier ces méthodes.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer de manière objective. On peut y retrouver des applications très concrètes, notamment pour les aspects relationnels des soins [27].

De manière plus générale, elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? », s'intéressant plus particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs imbriqués dans leur environnement.

Alors pourquoi avons-nous choisi une méthode de recherche qualitative ? Nous pouvons penser que la réponse à cette question est directement influencée par la façon de rédiger notre question de recherche, déjà façonnée et orientée pour une telle approche. Mais, dans un souci de complémentarité à une étude objective et statistique, nous pouvons espérer systématiser certains modes d'intervention en regard de nouvelles problématiques, en essayant de cerner et de percevoir « de l'intérieur » les dilemmes et les choix des intervenants au décours de leur fonctionnement [27].

Ainsi, nous espérons contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et de leurs interactions réciproques à travers un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

Le choix d'une méthode de recherche qualitative pour notre étude nous a semblé plus adapté afin d'étudier et de révéler certains phénomènes sociaux ou certaines pratiques singulières, à travers l'analyse des sujets dans leur environnement.

L'appréhension de « phénomènes contextuels » nous permettra ainsi de formuler certaines hypothèses au travers d'une démarche plutôt inductive.

3. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels, avec approche phénoménologique centrée sur la compréhension de l'expérience des professionnels de santé interrogés.

3.1 Choix et recrutement des participants

Le recrutement des professionnels de santé pour constituer notre échantillon a été réalisé au travers du groupe d'étude « vaccination immédiate » du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME, dont les noms étaient initialement hiérarchisés par ordre alphabétique.

Il était constitué de 42 médecins participants, à prédominance masculine pour les deux-tiers, avec une moyenne d'âge de 45 ans et une zone d'exercice orientée « semi-rurale » pour plus de la moitié d'entre eux [7].

L'objectif de la sélection des participants a été de rechercher une variation optimum des opinions pour faire émerger un maximum de points de vue sur le sujet.

Pour cela, nous avons réalisé un reclassement des différents professionnels de santé à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010 et sa fonction « aléa entre bornes » définissant une nouvelle liste aléatoire de l'ensemble des participants du groupe « vaccination immédiate » numérotés de 1 à 42. A partir de cette liste, les différents intervenants ont été sollicités par ordre croissant, tout d'abord par mail (Annexe 2), puis par relance téléphonique, afin de réaliser un entretien enregistré, base de notre système de recueil de données développé plus loin.

Au total, il a été nécessaire de relancer 18 médecins pour réaliser notre échantillon. Nous avons essuyé 10 refus de participation : indisponibilité par manque de temps (50%), étude jugée « sans intérêt » (37,5%) et manque d'investissement sur le projet précédent (12,5%) ont été les diverses raisons évoquées.

Trois pharmaciens ont également été sollicités par téléphone pour appréhender leur point de vue sur la démarche de la mise à disposition des vaccins sur place au cabinet des généralistes. Ils ont été sélectionnés au décours de nos entretiens avec ces derniers dans le cadre des habitudes de travail entre ces différents professionnels de santé. Seulement un seul nous a finalement accordé un entretien.

3.2 Méthode d'acquisition et recueil des données

Le recueil des données a été réalisé via des entretiens enregistrés sur support numérique type caméra vidéo avec les différents intervenants et acteurs de santé. Ils ont été conduits selon leur convenance, après accord téléphonique et prise de rendez-vous, directement au cabinet du médecin généraliste ou à l'officine. Les caractéristiques des participants ont été recueillies anonymement. Les différentes conditions de réalisation de l'entretien ont toutes été relevées dans la mesure du possible afin d'en tenir compte, plus tard, dans l'analyse (horaire, lieu, positionnement des acteurs, contexte de réalisation avec environnement perturbant...). Ils ont respecté, dans la mesure du possible, un délai de 15 à 20 minutes, inhérent au temps initialement prévu d'une consultation médicale et argument certainement déterminant pour l'acceptation de la réalisation de notre « interview ».

Les entretiens ont été « semi-directifs », basés sur un guide d'entretien initialement élaboré avec des questions ouvertes. Nous nous sommes gardés en réserve des possibilités de reformulation à des fins explicatives tout en essayant d'éviter au maximum les réponses par « oui » ou par « non ». Le but était de laisser l'interlocuteur dégager des structures profondes sans imposer de point de vue. Notre grille de questionnement a pu être remodelée en intégrant différentes variables qui découlaient de l'avancée du recueil des données afin de coller au mieux aux thèmes abordés lors des entretiens initiaux (annexes 3 et 4).

Nous avons essayé de nous approprier une technique d'entretien efficiente. D'abord, nous avons respecté l'échange, favorisant l'expression de notre interlocuteur sans inhiber ses réponses à nos demandes d'explications lors de nos relances. Puis, au travers de stratégies d'interview plus définies intégrant notre guide d'entretien et l'ensemble des paramètres de la situation, nous avons essayé d'obtenir des informations objectives et intégrées à notre thème, encourageant l'expression fidèle et précise des pensées de notre interlocuteur, parfois en soutenant l'émergence de l'implicite, suscitant si nécessaire l'explicitation.

Le livre « L'entretien. L'enquête et ses méthodes » de BLANCHET Alain et GOTMAN Anne a été d'une grande utilité pour essayer d'intégrer l'ensemble de ces paramètres et affiner notre technique d'entretien [28].

L'arrêt du recueil des données a été réalisé « à saturation », lorsque qu'aucun élément nouveau n'a été recueilli sur les derniers entretiens.

3.3 Analyse qualitative

L'analyse qualitative est un événement complexe et chronophage dans son ensemble. Elle a été conduite selon une méthode phénoménologique sémio-pragmatique dont nous allons détailler les différentes étapes.

- Transcription des enregistrements mot à mot : réalisation du verbatim (annexe 5)

Avant de commencer l'analyse, la première étape consistait à faire l'inventaire des informations recueillies et à les mettre par écrit. Ainsi, nous avons constitué le « verbatim », issu de la mise à plat par écrit de nos enregistrements numériques élaborant les données brutes de l'enquête. Nous avons conservé les fautes de syntaxe et le vocabulaire usagé des personnes interrogées tout en notifiant les différents éléments contextuels préexistants ou interférant lors des entretiens.

- Lecture flottante intuitive puis lecture focalisée du verbatim

- **Découpage des unités de sens et recherche de thèmes par codage ouvert, avec mise en lien pour catégorisation par comparaison constante**

Suite à la lecture focalisée ligne par ligne du verbatim dans un but de généraliser les données, nous avons recherché des similitudes et avons essayé de les classer, de les comparer. Ensuite, le codage « ouvert » a cherché à élaborer des catégories d'analyse selon une procédure inductive à partir du verbatim. Nous avons repéré, à l'aide des questions du guide d'entretien et du thème de l'étude, des sous-ensembles de catégories correspondant à des idées de base, à des aspects spécifiques de thèmes plus généraux. Ainsi, nous avons regroupé les sous-catégories en dimensions plus globales et plus larges que sont les catégories [29]. Cette classification est restée homogène, respectant certains critères d'exhaustivité, d'exclusivité, d'objectivité et de pertinence.

Les unités de codage utilisées pour coder les catégories d'analyse furent l'unité syntaxique, repérant les « mots-clés », phrases ou morceaux de phrases équivalents ou synonymes ; et l'unité sémantique, recherchant davantage les « idées-clés » ou les thèmes répétitifs exprimés par les répondants et dégageant une signification au cours du recueil de données.

Il a été envisagé d'utiliser l'unité d'analyse psychologique pouvant aider à encoder le verbatim. Elle aurait servi à coder les sensations, les émotions, les images mentales ou les idées manquantes. Elle serait beaucoup plus adaptée à des documents photos ou vidéos. C'est pourquoi notre choix de support d'enregistrement s'est d'abord orienté vers une caméra vidéo numérique avec l'idée d'utiliser un logiciel d'étude qualitative de type NVivo 9 par exemple et d'améliorer la validité de notre étude. Malheureusement, nous avons été dans l'impossibilité d'intégrer cette variable au premier plan pour deux raisons principales :

- D'une part, nous avons peu de données. En effet, selon Wanlin, il n'existe pas de logiciel meilleurs que d'autres mais surtout, ils ne sont pas forcément appropriés lorsqu'on a peu de données. Ils ont l'avantage, dans tous les cas, d'augmenter la rapidité de travail du chercheur, mais, aucun logiciel n'améliorerait la validité des études [30].

- D'autre part, nous nous sommes retrouvés confrontés au cours de l'entretien au refus de certains interlocuteurs à se retrouver « face caméra », avançant une sensation de déstabilisation et d'inconfort dans la réalisation d'un dialogue constructif. Utiliser une unité d'analyse psychologique devenait plus difficile dans ce contexte.

Cependant, la part émotionnelle ou psychoaffective restait palpable dans les discours retranscrits sur papier et a pu être prise en compte dans notre analyse.

- **Caractérisation des catégories obtenues à l'aide des catégories de Peirce [31]**

Peirce considère que trois catégories universelles sont nécessaires et suffisantes pour décrire les différents « modes d'être » de la pensée considérée comme un signe.

La priméité, désignée par le chiffre 1, est la qualité, l'apparence, le sentiment spontané, la chose en soi : c'est la « vie émotionnelle » [31].

La secondéité, désignée par le chiffre 2, est l'effort, les réactions, l'action en amont du fait accompli, du temps passé et de la causalité. C'est la catégorie de l'interaction et de la réflexivité correspondant à la « vie pratique et expérientielle » [31].

La tiercéité, le chiffre 3, est l'unification de la diversité dans le jugement, dans la convention sociale, au travers des règles de conduite déterminées : c'est la « vie intellectuelle et la vie de l'institution » [31].

Ces différentes catégories se hiérarchisent sur une architecture logique où 3 présuppose 2, qui présuppose 1 : les « principes, lois ou théories » se basent sur « des faits, des actions, des expériences » qui présupposent eux-mêmes « des ressentis, des émotions, des sentiments ».

- **Production d'une proposition générale synthétique**

Une triangulation des données d'analyse a été mise en place avec l'aide de deux médecins généralistes initiés à l'étude qualitative dont l'analyse du verbatim a été confrontée à celle de l'investigateur pour la validation des résultats.

3.4 Ethique de la recherche

L'anonymat des différents intervenants a été respecté dans la retranscription et dans l'analyse des entretiens. De même, les noms de patients ou les lieux précis cités n'ont pas été recopiés.

Nous déclarons également de pas avoir de conflit d'intérêt avec l'ensemble des professionnels de santé interrogés ou avec l'industrie pharmaceutique.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de notre échantillon, recueillies de manière anonyme, sont détaillées ci-après (tableau VIII). Il est constitué de 9 professionnels de santé, avec une moyenne d'âge de 45,5 ans, à prédominance féminine (55,5%), médecin généraliste omnipraticien en grande majorité (88,8%). La zone d'exercice est en milieu urbain pour 44,4% d'entre eux. Ils sont tous en association ou en regroupement médical.

	Age (années)	Sexe	Activité	Zone d'exercice
P1	58	Femme	Médecine générale, Psychothérapie	Urbaine
P2	53	Homme	Médecine générale, Médecine du sport, Ostéopathie	Urbaine
P3	49	Homme	Médecine générale	Urbaine
P4	49	Homme	Médecine générale, Médecine du sport	Rurale
P5	46	Femme	Médecine générale, Orientation gynécologie, Mésothérapie	Semi-rurale
P6	36	Femme	Médecine générale, Sexothérapie	Urbaine
P7	30	Femme	Médecine générale	Semi-rurale
P8	40	Femme	Médecine générale, Orientation Pédiatrie	Semi-rurale
P9	41	Homme	Pharmacien	Semi-rurale

Tableau VIII : Caractéristiques de l'échantillon.

2. Un maitre acteur : le praticien

2.1 Les réalités de la pratique vaccinale

Pour P3, « la protection vaccinale est un avantage ». La réalisation de l'acte vaccinal conduit à une protection individuelle, mais également collective, trop souvent oubliée. Selon les professionnels de santé, la diversité de leur pratique n'empêche pas la réalisation d'actions de prévention en santé publique telle que la vaccination. Cependant, même s'ils admettent être tous unanimement « pro-vaccination », nous pouvons faire le constat qu'il existe certaines variables pouvant faciliter leur pratique vaccinale.

Par exemple, l'intérêt du repos hebdomadaire facilité par le travail en association, évoqué par P3 et P6, est nécessaire pour de bonnes conditions de travail, afin d'être attentif au besoin de ses patients autant qu'aux objectifs de santé publique. Il est important d'avoir le « reflexe » du contrôle du statut vaccinal dans sa pratique, chose pas toujours aisée par moment selon la pauvreté des informations du carnet de santé. Il est souligné le besoin d'effort de bonne tenue du dossier médical du patient, ainsi que son partage d'information entre confrères pour être « à jour » de l'état du statut vaccinal.

Le rôle primordial revient tout de même au praticien généraliste. En effet, il est en première ligne avec la nécessité de « négocier » ou même de « convaincre » certains patients réticents à la vaccination. Hormis P1, qui considère que le praticien se doit d'être directif et d'imposer l'acte vaccinal au-delà des idées reçues, le médecin généraliste se retrouve à la fois informateur et correcteur de croyances erronées qu'il est parfois difficile de bouleverser. Outre le fait qu'ils se doivent d'être convaincus eux-mêmes de leur discours, ils optent quasiment tous pour une attitude non directive. Ils respectent le choix du patient, guidé par le cheminement de son libre arbitre et de sa conscience au travers d'une information éclairée et d'une relance constante lors des diverses consultations. La construction d'une relation de confiance entre le médecin et son patient devient primordiale et nécessaire à l'adhésion vaccinale, comme le montrait également une étude américaine sur les croyances et les facteurs déterminants des jeunes mères face à la vaccination au travers d'une liste de thèmes clés informatifs [32].

Le respect et le suivi des recommandations du calendrier vaccinal sont nécessaires et communément admis. Cependant, « les changements et les modifications » régulières du calendrier suscitent parfois quelques difficultés d'adaptation de la part du praticien, selon P1 et P5 notamment. En tant qu'omnipraticien, selon P3, il est important de se référer aux recommandations des sociétés de sciences « tout en gardant un œil critique sur l'industrie pharmaceutique ».

2.2 Les patients face à la vaccination en général

Les réticences des patients face à la vaccination sont alimentées par une incompréhension de l'information des campagnes vaccinales sur un fond de suspicion des pratiques de l'industrie pharmaceutique. Selon P6, les médias ont « une influence négative » sur la population, ne relayant que les plaintes ou les problèmes de santé publique, et provoquant une réticence du patient variable selon les vaccins usités. P3, lui, n'hésite pas à préciser qu'il y a quelques années, le médecin était encore perçu comme un « vendeur » de vaccins par la population générale, même si selon P1, il n'y a pas de commercialisme à faire dans le domaine de la vaccination et de la santé publique.

Le changement de discours des médecins sur la vaccination, inhérent à la variation des recommandations des calendriers vaccinaux, peut perturber ou désorienter les patients, ne faisant que rajouter à la suspicion.

Cependant, tous nos intervenants se rejoignent sur le fait que les patients jeunes et actifs adhèrent plus facilement à la vaccination, notamment dans le domaine de la pédiatrie. Ils soulignent aussi l'importance du discours du praticien et de sa portée informative, laissant place, dans la quasi-totalité des cas, à l'adhésion du patient à la réalisation du vaccin, notamment lors de la réalisation de la vaccination immédiate.

2.3 Arborisation de l'étude analytique (annexe 6)

Nous avons détaillé en pièce annexe l'arborisation de l'étude analytique et le mode de conception thématique, base de notre travail d'analyse, selon la méthodologie décrite initialement.

L'abréviation « US » correspond à « Unité de Sens » qui ressort de notre lecture focalisée. Les chiffres 1, 2 ou 3 qui l'accompagnent sont utilisés à des fins de classements thématiques selon les différentes catégories de Peirce. L'abréviation « E » et son numéro se réfère à l'entretien du verbatim.

Le travail de réalisation de cet algorithme sera présenté en pièce annexe pour chaque partie d'analyse de nos résultats.

3. La vaccination immédiate : une pratique déjà établie ?

3.1 La vaccination immédiate : un côté « pratique-pratique »

Avoir le vaccin sur place au cabinet, c'est « pratique ». Tout d'abord, c'est pratique dans la « réalisation de l'acte » en lui-même. La présence du vaccin sur place au cabinet ne laisse pas de doute à l'oubli et facilite la mise à jour du statut vaccinal du patient selon la plupart des professionnels interrogés. Egalement, c'est pratique pour « convaincre ». La possibilité de la rapidité du geste d'exécution laisserait moins la place à la tergiversation.

Il est mis en relief par P6 les difficultés de gestion du temps de consultation. Celle-ci est déjà multithématique le plus souvent et y ajouter la réalisation d'un vaccin peut perturber le rythme du déroulé de la consultation. Avoir du temps pour travailler, savoir s'entourer et parfois déléguer permet d'être plus efficace et efficient selon P1 notamment.

3.2 L'acceptabilité de la part des patients

Il y a eu une très bonne acceptabilité du patient face à la réalisation de la vaccination immédiate lors de l'étude du Dr RETHORE-BERTHOME. Au-delà de l'effet de surprise initialement suscité et en écartant les contre-indications médicales à la réalisation du vaccin, il n'y a pas de sentiment « prise d'otage » ressenti par les patients selon les médecins. Au contraire, cet événement fut plutôt bien accueilli. Cette notion est à mettre en parallèle avec le fait que certains praticiens réalisent apparemment déjà l'acte vaccinal avec quelques similitudes.

3.3 Vacciner de suite : l'expérimentation des médecins généralistes

Pour la quasi-totalité des praticiens interrogés, vacciner dans l'instant est déjà « une pratique établie » et expérimentée, « un fonctionnement déjà instauré », certains n'ayant pas hésité à nous préciser que c'était pour cette raison qu'ils n'avaient pas refusé de participer à l'étude précédente, au vu du peu de changement que cela occasionnait à leur pratique.

Il a été noté que les médecins généralistes ont déjà sur place au cabinet un stock de vaccins conservé dans un frigo. Plus loin, nous détaillerons les particularités du mode de conditionnement utilisé. Selon eux, cette pratique n'est pas nouvelle : la quantité initiale est créée via un don des laboratoires de l'industrie pharmaceutique ou l'achat des vaccins auprès de la pharmacie. Le renouvellement du stock est assuré par le patient qui se doit de récupérer le vaccin réalisé auprès de la pharmacie via la prescription ordonnancée du praticien.

Ils admettent qu'il y a certaines limites à ce procédé. Selon P5, il est vrai que le patient ne joue pas toujours le jeu et il peut y avoir certains « oublis », un non-retour du vaccin, limitant ainsi le fond de roulement instauré au départ. Parfois, ils se retrouvent dans la nécessité de réinitialiser leur stock ou alors ils ne « forcent » pas le procédé et adhèrent à l'idée de la réalisation différée du vaccin, même si « faire une ordonnance de vaccin n'en garantit pas sa réalisation » selon P4. Mais tous sont unanimes : la vaccination immédiate augmente forcément et de manière logique la couverture vaccinale en limitant les impairs.

3.4 Géolocalisation et pharmacie de proximité : un avantage considérable

A la vue de ces pratiques établies, il est communément admis qu'elles en seront davantage facilitées s'il existe un lien de proximité avec une pharmacie de secteur. Selon P3, « la pharmacie de proximité devient le frigo du cabinet ». Bien sûr, ces conditions de pratiques ne sont pas universelles et elles paraissent plus difficiles à mettre en place pour un cabinet isolé. Mais pour P4, dont la localisation du cabinet en zone semi-rurale est dépourvue en pharmacie, c'est davantage le fonctionnement de réapprovisionnement par le patient qui peut poser problème, savoir « s'il revient ou non ».

Il persiste un flou sur ce point de réapprovisionnement dont les circonstances de réalisation ne sont pas claires, les praticiens n'ayant pas l'information sur les conditions de transport et de conservation détaillées des vaccins de la pharmacie au cabinet médical.

3.5 Arborisation de l'étude analytique (annexe 7)

4. Une logistique à adapter

4.1 Décalage de perception entre les difficultés de l'univers logistique et les pratiques médicales usuelles

Selon P3, il n'y a pas de difficulté logistique au premier plan, elle « est déjà adaptée ». Pourtant, les médecins généralistes sont loin de mettre en œuvre aujourd'hui des moyens identiques aux pharmaciens dans la gestion de leur stock de produits médicaux à la vue des informations relatées par P9 : vérification du bon conditionnement des commandes, rapidité de prise en charge et de stockage sur les produits frigorifiés, surveillance du respect des conditions de stockage, générateur de secours sur réfrigérateur adapté... La plupart des praticiens n'ont pas l'impression de se sentir limités au niveau de leur environnement de travail pour stocker les vaccins et réaliser l'acte vaccinal dans le temps immédiat. Cependant, même si P5 avoue stocker dans son frigo des denrées alimentaires conjointement à ses produits médicaux, les professionnels de santé montrent une prise de conscience sur la nécessité et la « nouveauté » que représentent pour eux le contrôle et la surveillance de la température de leur frigo au décours de la procédure de respect de la chaîne du froid (annexe 9) qu'ils devaient observer. Dans un contexte où la vaccination immédiate est sensiblement déjà pratiquée, c'est l'indice particulier qui émerge en tant qu'élément nouveau ; même si certains, comme P3 ou P5, n'hésitent pas à évoquer l'implication de tierces personnes comme les secrétaires médicales qui pourraient être investies dans l'achat, la gestion et la surveillance des stocks de vaccins via des procédures simplifiées.

Ce décalage de perception est potentiellement dû à un élément inhérent à l'étude sur le groupe « vaccination immédiate » : l'ensemble des praticiens interrogés relate l'absence de test de réapprovisionnement en vaccins directement par le pharmacien via une ordonnance spécifique délivrée au patient. Cette manière de procéder n'a donc pas pu être réellement apprivoisée. Le délai de réalisation de l'étude précédente ne se déroulant que sur une semaine, jugé « trop court », il est envisageable que cet élément participe au sentiment de « non-difficulté » des généralistes dans la gestion de leur stock.

4.2 Besoin ou nécessité d'adaptation : aides financières et logistiques

Un changement logistique complet en lieu et place du cabinet médical serait un investissement à envisager selon des aides financières de l'état ou des collectivités territoriales selon P2. D'autres se permettent d'y douter à la vue des différents événements d'actualités récurrents en matière de vaccination auxquels les généralistes doivent faire face, couplés à un sentiment de manque de soutien des autorités de santé.

L'adaptation logistique, dans le but de se rapprocher de ce que réalisent les pharmaciens en matière de conditionnement vaccinal serait « une contrainte d'aménagement » et source de désorganisation au sein du cabinet médical selon P1. Même si P9 accepte les difficultés premières des généralistes à cette réalisation, il relève tout de même que les pharmaciens pourraient « détacher » une partie de leur activité à la mise en place et à la surveillance d'un stock tampon directement au cabinet médical. Cela peut être réalisable au « bon vouloir » de chacun, signifiant l'importance de la qualité relationnelle que les professionnels entretiennent entre eux.

4.3 Arborisation de l'étude analytique (annexe 8)

5. Classification par les catégories de Peirce

<u>3 - TIERCEITE</u> Lois - Principes - Généralités - Règles Normes	<u>2 - SECONDEITE</u> Faits - Efforts - Actions Expérience - Réflexivité	<u>1 - PRIMEITE</u> Sentiment - Qualité Apparence - Emotion
Protection individuelle et collective Amélioration de la couverture vaccinale Statut vaccinal du patient Confiance dans le médecin généraliste	Expériences vécues personnelles au terme de la pratique médicale Dossier médical à jour et partagé	Sentiment de conviction face à la vaccination Appartenance identitaire en tant que praticien Impression d'action préventive efficace, facilitée par le travail en groupe Importance du discours du professionnel de santé inhérent à l'adhésion du patient
Approche critique du choix et du changement logistique Règlementation pharmaceutique	Logistique adaptée en place au cabinet Lien géographique de proximité avec les pharmacies Difficultés au respect protocolaire pharmaceutique	Sentiment de pratique déjà établie Sentiment de non-nécessité à l'adaptation logistique Décalage de perception envers le « protocole » vaccination Sentiment d'inadaptabilité sur un cabinet de médecine générale

Tableau IX : Classification selon les catégories de Peirce.

6. En aparté

Nous avons jugé intéressant de signaler quelques éléments ou concepts ressortis lors de nos entretiens avec nos intervenants. Ces derniers ont retenu notre attention mais n'ont pas été comptabilisés dans l'analyse séquentielle des données de par leur caractère unique et non redondant, inhérent à un seul praticien.

6.1 L'univers familial : une donnée à prendre en compte

Selon P5, la réalisation de l'acte vaccinal, bien que banalisé, n'en reste pas moins un geste considérable, qu'il faut savoir appréhender dans un contexte global incluant parfois un univers familial particulier. Il est relaté l'exemple d'un nourrisson dont les parents séparés n'ont pas les mêmes convictions face à la vaccination. Dans ce cas, la réalisation de l'acte vaccinal immédiat au cabinet pourrait susciter désapprobation et conflit auprès d'un des deux parents si nous ne nous sommes pas assurés au préalable de son accord. Le côté pratique de la vaccination immédiate avec son gain de temps peut s'avérer délicat par la suite si une relation conflictuelle s'instaure entre le patient et son praticien.

6.2 La vaccination immédiate au détriment d'une consultation de prévention ?

Au travers de l'entretien réalisé avec P4, il est noté que la réalisation du vaccin se fait le plus souvent lors d'une consultation réservée et dédiée exclusivement à cela ou à la réalisation d'un certificat de sport pour les jeunes enfants et adolescents. Ce temps imparti est très souvent utilisé également pour la détection de pathologies de croissance ou un rappel des règles de prévention en matière de santé publique. Si la réalisation de la vaccination immédiate était systématique, souvent dans un contexte de consultations pluri-thématiques, nous sommes en droit de nous demander si la perte de ce temps consultatoire ne se ferait pas au détriment d'acte de dépistage, souvent associés à la réalisation du vaccin.

6.3 Un exemple de pratique en maison de santé

P6 a déjà eu une expérience médicale en maison de santé dans une autre région où la mise à disposition des vaccins sur place était réalisée. Convaincu du bien-fondé et de l'efficacité de cette pratique sur la couverture vaccinale, il est relaté le confort de tels agissements s'intégrant dans une activité de groupe avec partage de l'information médicale entre praticiens. L'implication globale des professionnels de santé pouvait dépasser la pratique médicale pure et s'adapter à la surveillance et à la gestion d'un stock vaccinal. Bien que nous ne puissions pas réellement établir le mode de transport et le conditionnement des vaccins utilisés lors des réapprovisionnements, il est spécifié que l'achat et l'acheminement des produits sont réalisés par le Conseil Général du département impliqué dans le développement de pôles de santé.

DISCUSSION

1. Forces et limites

1.1 L'entretien semi-dirigé

Le recueil de données par entretien semi-directif nécessite diverses techniques de relance et de reformulation pour clarifier ou éclairer certaines pensées. Cet usage est bien sûr encadré dans un contexte situationnel. L'environnement et le positionnement des acteurs interlocuteurs peuvent influencer ou nuancer certaines réponses. Les personnes interrogées auraient-elles formulé les mêmes éléments si elles avaient été rencontrées un autre jour, ou à une autre heure de la journée ? Sont-elles déjà influencées par le thème de l'étude ? Mensonge, oubli sincère ou reconstitution des faits selon une logique de rationalisation pourraient discréditer toute tentative de reconstruction et d'analyse à partir de la parole recueillie. De plus, il faut considérer les limites de l'explication verbale de certaines pratiques ou représentations cognitives ; il y a une différence entre savoir dire et faire, et savoir faire seulement, sans être capable de mettre les mots.

C'est pourquoi les relances lors des entretiens ont pu laisser apparaître des éléments d'ordre interprétatif. Défaut que nous avons essayé de corriger à l'issue des premiers rendez-vous en modulant et orientant notre grille de questions, ne laissant qu'un minimum de place pour des réponses singulières et ouvrant la porte à la narration, au développement et à la justification des pensées des professionnels de santé interviewés.

Une variable importante concerne les compétences du chercheur à « manier » ou à « piloter » son entretien en respectant et en trouvant le bon timing pour ses interventions, tout en gardant alerte son interlocuteur. Nous ne maîtrisons pas tous les rouages de l'interview et cela est en soi une limite dans la constitution de notre base de données.

Plutôt que de chercher à contrôler la subjectivité des professionnels de santé sur notre question, nous avons essayé d'extraire le noyau informatif de leurs actions pratiques et de leurs représentations. Nous revendiquons un usage informatif et narratif de nos entretiens, basé sur le principe du regroupement et de la confrontation d'un nombre conséquent de

témoignages dans le but d'atteindre une vision juste des événements. Les propos recueillis ne sont ni une vérité à l'état pur, ni une déformation de cette dernière. Parfois complexes ou contradictoires, nuancés d'interprétations plus ou moins objectives, ils sont d'une extrême richesse et permettent la construction d'un processus identitaire par la corrélation de leurs interprétations.

1.2 L'échantillon de participants

Le nombre de participants a été limité par la durée nécessaire à la retranscription du verbatim et à son analyse phénoménologique. Toutefois, la saturation des données a été atteinte avec émergence de catégories générales.

Cet échantillon est globalement comparable à celui retrouvé dans le travail du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME dans son groupe « vaccination immédiate » mais nous devons spécifier quelques variations. Pour rappel, il était constitué en majorité d'hommes (67%), avec une moyenne d'âge de 45 ans. On y retrouvait une activité urbaine dans 30% des cas avec une majorité de travail en groupe ou en association (74%).

Notre échantillon, à prédominance féminine (55,5%) et dont la moyenne d'âge est de 45,5 ans est composé de professionnels de santé dont l'activité s'exprime en zone d'exercice urbaine pour 45,5% d'entre eux. Par contre, tous sont en cabinet de groupe ou en association. Sur la dizaine de refus que nous avons essuyée lors de la constitution de notre échantillon, nous pouvons penser que certains d'entre eux avaient un mode d'exercice solitaire. Nous pouvons envisager que cette notion entre en jeu dans les motifs fournis tels que le manque de temps ou d'investissement pour participer à notre étude.

L'absence de recueil de données auprès des généralistes à exercice esseulé nous fait mettre en perspective nos résultats car nous n'avons pas « touché » un panel de professionnels qui constituait jusqu'à 26% des participants au travail du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME. Auraient-ils d'autres arguments ou une autre vision de la pratique de la vaccination immédiate en cabinet, influencés par leur mode d'exercice ? Ceci n'est pas à exclure et pourrait donner lieu à une autre étude avec méthode d'analyse similaire dont le

recrutement des participants serait exclusivement réalisé sur le critère « mode d'exercice seul » par exemple.

Pour finir, notre échantillon de participants n'est constitué que d'un seul pharmacien. En effet, malgré plusieurs sollicitations et changements d'avis de leur part, nous n'avons réussi à recueillir qu'un seul entretien. Mais nous ne sommes pas allés au-delà. Au fur et à mesure de l'étude, nous avons constaté que finalement très peu de pharmaciens ont été directement sollicités dans le réapprovisionnement des stocks de vaccins aux dires des médecins, avançant une pratique déjà usitée ou un délai d'étude sur une semaine trop court pour avoir la nécessité de se ravitailler. Ainsi, cet entretien fait figure d'information parallèle sur les pratiques en pharmacie et nous donne une ouverture sur une possible collaboration entre médecins et pharmaciens concernant la vaccination immédiate en cabinet que nous détaillerons par la suite.

1.3 La méthode d'analyse qualitative

L'approche phénoménologique présente des difficultés d'appropriation. Parfois proche de certains domaines d'études se référant à la sociologie, nous avons essayé de nous appliquer à nous rendre la démarche pragmatique plus accessible.

Les limites de cette dernière sont celles de l'expérience propre du chercheur. Il se doit de construire sa capacité à voir ce dont il est question dans ce que l'on dit et ce que l'on lit [31]. Quantité de support papier à lire et à relire, découpage en unité de sens, établissement de thèmes et concepts : tout un ensemble chronophage où les compétences discriminatives du chercheur sont sollicitées dans le but de comprendre le phénomène étudié de manière pertinente.

Ce manque d'expérience et de pratique dans la démarche pragmatique est un biais inhérent à notre situation d'enquête que nous avons essayé de minimiser en affinant notre habilité analytique par la triangulation de nos analyses.

1.4 Critères de scientificité

Ils sont inhérents au domaine de la recherche qualitative.

La réflexivité du chercheur a été réajustée à travers son guide d'entretien suite aux premiers questionnements et à la prise de conscience de son implication et de son influence dans les réponses recueillies.

La comparaison de ses thèmes et de ses concepts avec d'autres confrères ont permis d'affiner sa démarche d'analyse en soustrayant toutes les idées superflues ou, au contraire, en en révélant certaines qui pouvaient passer inaperçues.

Les notions de significativité et de cohérence ont été respectées, au travers d'une méthodologie que nous avons appliquée de manière rigoureuse, en s'assurant que les résultats perçus ont un sens en situation.

2. A propos des résultats

2.1 Vaccination immédiate et couverture vaccinale

Les différents intervenants sont unanimement convaincus du bien-fondé de la vaccination immédiate sur la couverture vaccinale. Cette notion semble s'intégrer dans les résultats du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME qui montraient que la vaccination immédiate, associée à la programmation des vaccinations quand cette dernière est contre-indiquée ou refusée par le patient, permet d'améliorer de façon statistiquement significative ($p=0,0006$) le taux de vaccins réalisés dans le délai souhaité par le prescripteur, passant de 50 à 82% [7].

Au vu de notre travail, la vaccination, règle de protection individuelle et collective en matière de santé publique, peut être reliée aux expériences vécues personnelles du praticien au terme de sa pratique médicale. Son appartenance identitaire en tant que praticien, acteur œuvrant pour la prévention, et son sentiment de conviction face à la nécessité de la vaccination pour l'éradication et le contrôle des pathologies infectieuses sont des éléments importants qui motivent son discours face aux patients réticents, afin de remporter leur adhésion à la réalisation de la vaccination.

Un autre point fondamental pour améliorer la couverture vaccinale est tout simplement la connaissance du statut vaccinal du patient [7]. Certains praticiens interrogés relèvent l'intérêt de la bonne tenue du dossier médical mais également son partage entre médecins associés pour accorder et adapter leurs discours face aux patients. Dans notre étude, les médecins pensent qu'un dossier médical informatisé partagé et à jour facilite leur travail au quotidien sur la connaissance du statut vaccinal de leur patient, relançant l'intérêt d'un carnet de santé électronique individuel au sein du Dossier Médical Personnel par exemple.

2.2 Un temps d'étude trop court ?

Les praticiens interrogés n'ont pas vraiment mis en avant de réelles difficultés à la pratique de la vaccination immédiate selon leurs souvenirs au cours de l'étude du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME. Les médecins avaient en leur possession trois vaccins différents (un ROR, un dTP et un tétravalent adulte). Ils devaient se réapprovisionner une fois le vaccin réalisé par l'intermédiaire d'une ordonnance stipulée « étude expérimentale » que le patient donnait au pharmacien ; ce dernier devant se mettre en contact directement avec le médecin pour les modalités de ravitaillement. Cependant, la moyenne de prescriptions vaccinales par médecin lors de la semaine d'étude était de 2 : ainsi, ils avaient normalement en leur possession les produits nécessaires.

Apparemment, très peu de médecins et de pharmaciens se sont réellement mis en relation pour procéder ainsi. Aucun des intervenants que nous avons interrogés ne l'ont réalisé, se reposant sur leur stock de vaccins déjà établi et avançant un délai d'étude trop court ne permettant pas de réaliser ni de prescrire grande quantité de vaccins. Finalement, il s'avère que dans notre étude, cette pratique de réapprovisionnement était déjà largement utilisée mais de manière non adaptée. Les médecins participants se sont sûrement reposés sur leur mode de fonctionnement préétabli.

2.3 Une pratique établie à rectifier

Le Dr Emilie RETHORE-BERTHOME stipulait que 85% des médecins inclus dans le groupe « vaccination immédiate » proposaient déjà à leurs patients de réaliser le vaccin dès sa prescription [7]. En effet, la majorité des intervenants que nous avons interrogé avait ce mode de fonctionnement, certains nous précisant même que c'était pour cette raison qu'ils avaient accepté de participer à l'étude.

Cet élément rejoint l'observation du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME sur son défaut d'effectif avec le peu d'acceptabilité des médecins, notamment dans le groupe « vaccination immédiate », surement réticents à modifier leurs pratiques et trouvant la procédure de mise à disposition des vaccins trop contraignante.

Ainsi, les médecins ayant constitué par avance un stock de vaccins dans leur frigo pratiquent déjà la réalisation de la vaccination immédiate. Bien sûr, les conditions de stockage et d'usage en cabinet médical ne sont pas celles retrouvées en pharmacie. Cependant, certaines pratiques révèlent deux points essentiels sur lesquels il faut s'arrêter :

- Tout d'abord, la surveillance de la température du frigo semble bien acceptée et facile à mettre en place. Pour autant, bien que la plupart des praticiens admettent aisément son importance, aucun ne la pratiquait auparavant. Bien que l'étude ne se soit déroulée que sur une semaine, le report et la surveillance quotidienne des températures n'est pas un réel inconvénient pour les praticiens, quitte à impliquer les secrétaires médicales si besoin.
- Enfin, le patient est utilisé comme intermédiaire dans le transport du vaccin pour le réapprovisionnement du stock médical. Sur ce point, il persiste un grand « flou » sur les conditions ou les délais de transport. L'implication du patient lui-même dans le caractère systématique de cette démarche est aussi à mettre en perspective avec la présence ou non d'une pharmacie de proximité.

Si une telle pratique d'usage existe déjà, elle n'est certainement pas assez efficace ou pas assez pratiquée au regard de l'efficacité de la vaccination immédiate sur le taux de vaccins réalisés sur l'étude précédente.

Devant la bonne acceptabilité des patients à la pratique de la vaccination immédiate ressentie par les médecins et confirmée par l'étude du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME (6,7% de refus) [7], il serait envisageable de conserver les principes d'un tel fonctionnement en y ajoutant un degré de contrôle protocolaire.

3. Hypothèses et perspectives : le stock « tampon »

Au vue de l'efficacité de la pratique de la vaccination immédiate sur le taux de vaccins réalisés, il est intéressant d'envisager la possibilité de mise en place directement au cabinet du médecin généraliste un stock tampon de différents vaccins. Il serait par contre sous la gouverne et la surveillance conjointe du médecin et du pharmacien de proximité.

Ainsi, la procédure de la chaîne du froid (annexe 9) devrait être respectée sur l'ensemble de ses points. Par ailleurs, les compléments de procédure pourraient intervenir à différents niveaux :

- Nécessité indispensable à tous médecins de s'équiper en réfrigérateur type « pharmacie » de petite taille à usage médical exclusif.
- Mise en place d'un système électronique de surveillance de la température avec contrôle quotidien automatique, mise en mémoire des données et signal d'alerte si rupture de la chaîne du froid.
- Prescription vaccinale établie gardée par le médecin, à communiquer au pharmacien lors de son passage (implique que le patient soit connu de la pharmacie de proximité).
- Réapprovisionnement une à deux fois par semaine en vaccins directement par le pharmacien avec respect de la chaîne du froid lors du transport, en adéquation avec les prescriptions vaccinales récupérées.
- Intervention du pharmacien une à deux fois par mois au cabinet du généraliste pour contrôle des péremptions et relevé des données températures.
- Analyse et contrôle des données températures par le pharmacien.
- Achat d'un stock de vaccins initial par le médecin.

L'idée générale serait de créer un réfrigérateur de pharmacie délocalisé dans le cabinet médical dont les gestionnaires en seraient principalement les pharmaciens. Cela sous-entend une bonne entente relationnelle entre les différents professionnels de santé, au bon-vouloir de chacun et de leurs habitudes professionnelles respectives. Une pharmacie pourrait être le centre de référence de plusieurs cabinets médicaux de proximité en zone rurale ou semi-rurale. En dehors du fait de pouvoir peut-être minimiser le sentiment d'isolement lié à l'exercice solitaire et éloigné, nous aurons également l'avantage de minimiser les erreurs de prescription et de limiter les pertes de vaccins par oubli ou péremption.

Le développement ou la mise en pratique de cette idée pourraient faire l'objet d'un prochain sujet de thèse dont les méthodes d'analyse seraient similaires à celles déjà utilisées.

CONCLUSION

La couverture vaccinale, dont certains objectifs ont été fixés d'ici l'horizon 2020, est un enjeu primordial dans le domaine de la santé publique.

Pourtant, elle reste insuffisante en France empêchant l'éradication de certaines maladies.

Suite au travail du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME, nous avons essayé d'identifier les éléments essentiels qui influencent la réalisation de l'acte vaccinal immédiat au cabinet du médecin généraliste.

La vaccination confère « une protection individuelle et collective » dont « l'amélioration » repose notamment sur la connaissance du « statut vaccinal du patient » et la « relation de confiance » entre le patient et son médecin généraliste.

La réalisation de la vaccination immédiate par un stock de vaccin au cabinet médical est bien acceptée par les patients. Même si cette pratique semble déjà expérimentée par certains praticiens en y privilégiant une certaine commodité, elle n'en reste pas moins perfectible.

Une « approche critique d'adaptation logistique » est envisageable, tournée vers la réglementation pharmaceutique, et la collaboration rapprochée de médecins et pharmaciens de proximité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
legifrance.gouv.fr.
2. INPES – Baromètre santé 2005 - “Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention” inpes.sante.fr. 2005
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005> (consulté le 29/11/2012)
3. Jauffret-Roustide M, Nicolay N, Gautier A, Jestin C. "Perceptions de la maîtrise des risques infectieux par le grand public et les médecins, enquête Nicolle, France, 2006"
invs.sante.fr. 2006
<http://invs.sante.fr> (consulté le 07/12/2012)
4. Schwarzing M, Flicoteaux R, Cortaredona S, Obadia Y, Moatti JP. Déterminants de l’acceptation individuelle de la vaccination pandémique A (H1N1) 2009 en population adulte française. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2010 ; 24-25-26 :267-71.
5. Olivet C. “Les non respects du calendrier vaccinal chez les enfants de 0 à 5 ans : étude prospective réalisée en janvier 2007 auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.” Thèse de médecine générale, Poitiers; 2007, n°1022.
6. Vignaud A. “La vaccination : programmer les rendez-vous pour mieux réaliser. A propos d’une étude prospective réalisée en Poitou-Charentes.” Thèse de médecine générale, Poitiers; 2011.
7. Réthoré-Berthomé E. “Impact sur la couverture vaccinale de la mise à disposition des vaccins au cabinet du généraliste : étude prospective sur la vaccination dTcaPolio et ROR dans la Vienne.” Thèse de médecine générale, Potiers ; 2013.

8. Aoudia S, Belchior E, Bonmarin I, Antona D, Guiso N, Badell E, et al. "Is diphtheria re-emerging? The French point of view." *Invs.sante.fr* 2011 Oct 27:1-1.
9. INVS. Dossier thématique Tétanos. *invs.sante.fr*. 2004.
10. Élimination de la poliomyélite. *Bull Epidemiol Hebd* 2000; 46-4 :201-11.
11. Guérin N, Rey M, "Poliomyélite : état des lieux en France en 2005". *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 39-40/2005 ; 198-199.
12. Begue P, Grimpel E, Roure C, Guiso N. "La coqueluche en France : nécessité de mise en place d'une surveillance." *BEH* 1992 ; 48:227-8.
13. INVS. Dossier thématique Coqueluche. *invs.sante.fr*. 2012.
14. Guide des vaccinations. Edition 2008 Inpes. Direction générale de la santé. Comité technique des vaccinations.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1133.pdf> (consulté 29/11/2012)
15. Louri P, Fortin N, Cire des Pays de la Loire. "Situation épidémiologique de la rougeole dans les Pays de la Loire – avril 2011". *BVS* - n°7 / mai 2011.
16. Merlière S. "Estimation de la vaccination contre la rougeole et la grippe en Poitou-Charentes." *ARS Poitou-Charentes*.2012;9:1-8.
17. INVS. Dossier thématique Rougeole. *invs.sante.fr*. 2012.
18. INPES. Guide des vaccinations, Edition 2012. *inpes-sante.fr*.
19. Parent du Châtelet I, Bouraoui L, et les biologistes du réseau Rénarub. La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né en France métropolitaine en 2004 et 2005 : les données du réseau Rénarub. *BEH*. 2007;(20):169-71.

20. Parent du Châtelet I, Bourouai L, Six C, Lévy-Bruhl D. Bilan de 10 années de surveillance des infections rubéoleuses durant la grossesse à travers le réseau de laboratoires Rénarub en France métropolitaine, 1997-2006. BEH. 2008;14-15:102-6.
21. Ministère des affaires sociales et de la santé, selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013. BEH. 2013;14-15.
22. HCSP. "Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique". Haut Conseil de la Santé Publique. 2009. <http://www.hcsp.fr> (consulté le 20/01/2013)
23. INVS. Dossier thématique : couverture vaccinale. Invs.sante.fr. 2012.
24. Fonteneau L, Guignon N, Collet M, Urcun J-M, Guthmann J-P. Enquête nationale de santé 2005-2006 auprès des élèves scolarisés en grande section maternelle. Invs.sante.fr. 2006. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Rougeole-oreillons-rubeole> (consulté le 07/12/2012)
25. Giraud J, Robin S, Limousi F, Chubilleau C, Bouffard B. La vaccination des jeunes de 17 ans en Poitou-Charentes. Couverture vaccinale, perception de la vaccination, état de santé ressenti et violences. Journées Défense et Citoyenneté, juin 2010 à mai 2011. 2013. <http://www.ors-poitou-charentes.org> (consulté le 27/08/2013)
26. Van Royen P. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.
27. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. 2008. Exercer 2008;84:142-5.

28. Blanchet A, Gotman A. "L'entretien. Série « L'enquête et ses méthodes »", collection sociologie 128, Ed. Armand Colin, 2^e édition refondue, 2009.
29. Andreani J-C, Conchon F. "Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing". 2005.
<http://www.escp-eap.net/conferences/marketing> (consulté le 27/08/2013)
30. Wanlin P. "L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels". Revue recherches qualitatives, Hors-Série 3. 2007.
31. Oude-Engberink A, Arino M, Brigitte J, Bourrel G. "Intérêt d'une approche sémiopragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative". Revue recherches qualitatives, Hors-Série 15. 2013.
32. Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Holmboe ES. "Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust". Pediatrics 2006;117:1532-41.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

dTCaPolio : Diphtérie – Tétanos – Coqueluche – Poliomyélite

dTP, DTP, dTPolio : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ROR : Rougeole – Oreillons – Rubéole

US : Unité de Sens

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre de cas de rougeole recensés en France métropolitaine par le réseau sentinelles de l’Inserm et de la couverture vaccinale 1 dose à 2 ans, 1985-2005.

Figure 2 : Taux d’incidence annuel des oreillons pour 100000 habitants en France de 1986 à 2011.

Figure 3 : Taux d’incidence des infections rubéoleuses chez les femmes enceintes et des rubéoles congénitales malformatives – France métropolitaine, 1976 – 2006.

Figure 4 : Répartition des vaccins ROR selon le sexe du patient (période du 15 juillet 2009 au 14 juillet 2011).

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Vaccinations recommandées chez les enfants et les adolescents en 2013.

Tableau II : Vaccinations recommandées chez les adultes en 2013 (en dehors des vaccinations réalisées en milieu professionnel).

Tableau III : Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche à l'âge de 9 mois, France, 2006-2011 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 9^{ème} mois. Traitement INVS).

Tableau IV : Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche à l'âge de 24 mois, France, 1985-2011 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^{ème} mois. Traitement INVS).

Tableau V : Couverture vaccinale rougeole « 1 et 2 doses » à 24 mois selon l'année de naissance, 2004-2010 (source : Echantillon généraliste des bénéficiaires CnamTS. Traitement INVS).

Tableau VI : Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez les enfants scolarisés en classe de 3^{ème} (15 ans), France (source : Drees-Dgesco, enquête nationale de santé 2003-2004 auprès des élèves scolarisés en classe de 3^{ème}. Traitement INVS).

Tableau VII : Couverture vaccinale DTP chez les personnes âgées de plus de 16 ans, enquête Santé et protection sociale, France, 2002 (source : Irdes. Traitement INVS).

Tableau VIII : Caractéristiques de l'échantillon.

Tableau IX : Classification selon les catégories de Peirce.

ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier simplifié des vaccinations 2013.

Annexe 2 : Courrier mail de sollicitation des médecins de l'échantillon pour la participation à l'étude.

Annexe 3 : Guide d'entretien « médecins ».

Annexe 4 : Guide d'entretien « pharmacien ».

Annexe 5 : Verbatim.

Annexe 6 : Arborisation de l'étude analytique (1^{ère} partie).

Annexe 7 : Arborisation de l'étude analytique (2^{ème} partie).

Annexe 8 : Arborisation de l'étude analytique (3^{ème} partie).

Annexe 9 : Procédure du respect de la chaîne du froid - Groupe « vaccination immédiate » - Etude du Dr Emilie RETHORE BERTHOME.

Annexe 1

Âge approprié	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG												
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite												Tous les 10 ans
Coqueluche												
Haemophilus influenzae de type b (Hib)												
Hépatite B												
Pneumocoque												
Méningocoque C												
Rougeole-Oreillons-Rubéole												
Papillomavirus humain (HPV)												
Grippe												Tous les ans



En savoir plus

Toute la vie, en fonction de votre âge et de votre situation, il existe des vaccins pour vous protéger de maladies qui peuvent être graves.

Qu'est-ce que ça veut dire «être à jour» ?

«Être à jour» c'est avoir reçu les vaccins recommandés en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas «à jour» ?

Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de «rattrapage».

La vaccination permet de se protéger et de protéger les autres.

BCG (Tuberculose)

La vaccination contre la tuberculose est recommandée dès la naissance et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

Les rappels de l'adulte sont désormais recommandés à âges fixes soit 75 ans, 85 ans, etc.

Coqueluche

Le rappel de la coqueluche à l'âge de 25 ans protège aussi les nourrissons de moins de 3 mois que l'on ne peut pas encore vacciner. Les futurs parents sont particulièrement concernés. Ce rappel est réalisé en même temps que le rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite.

Hépatite B

La vaccination des nourrissons débute à l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

La vaccination des nourrissons débute à l'âge de 2 mois. Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.

Méningocoque C

La vaccination est recommandée aux enfants âgés de 12 mois avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans inclus.

Rougeole-Oreillons-Rubéole

La vaccination est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose entre 16 et 18 mois. Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses du vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.

Grippe

La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risque compris les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

313-63313-P C Mise à jour : avril 2013

**Une question ? Un conseil ?
Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.**



Annexe 2

Bonjour,

Vous avez participé il y a quelques mois à l'étude sur la mise à disposition des vaccins au cabinet du médecin généraliste d'Emilie Rethoré-Berthomé dans le cadre de son projet de thèse.

Je me permets de vous contacter ce jour car moi-même, dans la lignée de son travail, je réalise également un projet de thèse parallèle au travers d'une étude qualitative portant sur la vaccination.

Cela consiste en la réalisation d'un entretien enregistré et filmé sur support numérique, de 15 à 20 min, sur le lieu de votre choix. Nous réaliserons un échange verbal libre, seulement orienté et guidé par un questionnaire semi-ouvert dont les réponses seront retranscrites et analysées dans le but de définir et de mettre le doigt sur les difficultés rencontrées "sur le terrain" par les médecins généralistes libéraux à la mise en place d'un tel protocole.

Si cela vous intéresse et que vous êtes d'accord pour participer, n'hésitez pas à me le faire savoir en réponse à ce mail. A ce moment-là, je me permettrais de vous recontacter dans quelques jours afin de définir ensemble une date de rencontre.

N'hésitez-pas à me faire part de vos interrogations, j'y répondrai dans les plus brefs délais.

Merci de m'aider dans ce projet.

Bien cordialement,

Thomas FERNANDEZ.

Annexe 3

GROUPE « MEDECINS »

1/ Pouvez-vous me présenter votre type d'activité en médecine générale et votre organisation de travail au sein même de votre cabinet ?

- Quelles sont les diversifications ou les « sous-spécialités » au sein de votre pratique ?
- Quels sont vos outils de travail ? (informatique, équipements particuliers, secrétariat... ?)
- Est-ce-que vous envisagez une possibilité d'évolution organisationnelle, d'un point de vue humain comme matériel, dans la gestion du cabinet médical ?
- Quelle est votre expérience personnelle en tant que praticien face à la vaccination ?

L'organisation des questions cherche à évaluer en premier lieu :

- ✓ *Le type de pratique et la diversité des profils de patients rencontrés (majorité de pédiatrie ? adultes jeunes ? personnes âgées ?.....).*
- ✓ *L'expérience des médecins face à la vaccination et le « ressenti » des patients à travers les impressions du praticien.*
- ✓ *Un début d'approche logistique au travers des diverses organisations humaines et matérielles plus ou moins adaptées.*

LIEN / CHAINAGE ETUDE PRECEDENTE

2/ Au sujet de l'étude à laquelle vous avez participé, quelles ont été l'acceptabilité, les réactions du patient à la réalisation de la vaccination immédiate ?

- Quels ont été les critères de refus ?
- Quels arguments ont-ils avancés dans l'acceptation ?
- Racontez-moi succinctement le déroulé d'une consultation rentrant dans le cadre de cette étude ?

3/ De votre côté, quelles ont été les difficultés auxquelles vous avez été confrontés dans la réalisation de l'étude ?

- Quelles ont été les difficultés techniques (gestion du temps, de l'outil, coordination...) ?
- Avez-vous eu l'impression d'avoir été limité d'un point de vue logistique et pour quelles raisons ?

Cette tranche de questionnaire cherche à évaluer dans un second temps :

- ✓ *L'acceptabilité du patient face à la vaccination immédiate, le sentiment « prise d'otage » ?*
- ✓ *Les difficultés et les obstacles à la réalisation d'un tel acte au travers de limites logistiques comme les soucis de commande, le conditionnement du vaccin, le respect de la chaîne du froid et des critères de surveillance, le stockage, les difficultés de réapprovisionnement...*

PRATIQUE MEDICALE

4/ Que pensez-vous de la possibilité d'avoir sur place au sein du cabinet du généraliste une variété de vaccins à disposition ?

- Est-ce-que cela pourrait vous amener à changer vos pratiques ?
- Quels pourraient être les changements que vous seriez prêt à faire à travers l'organisation du cabinet ? Et pensez-vous pouvoir les mettre en œuvre ?
- Quels sont, selon vous, les vaccins les mieux adaptés à ce type de pratique ?
- Croyez-vous que de telles pratiques puissent améliorer de manière concrète la couverture vaccinale ? Dans quelles mesures ?
- Quelles sont les remarques que vous aimeriez rajouter suite à cet entretien ?

Cette dernière catégorie de questions cherche à révéler :

- ✓ *L'acceptabilité des praticiens de santé au travers de leur jugement concret et de leur motivation au changement.*
- ✓ *L'idée qu'ils se font de telles modalités pratiques et de leur impact positif.*
- ✓ *Une orientation ou une ouverture vers la mise en place d'un protocole de vaccination « de terrain » par les avis et remarques des acteurs concernés.*

Annexe 4

GROUPE « PHARMACIEN »

1/ Pouvez-vous me présenter votre activité et votre organisation de travail au sein même de votre pharmacie ?

- Quelles sont les diversifications au sein de votre pratique ?
- Quels sont vos outils de travail ? (informatique, équipements particuliers, logiciels de gestion, stock... ?)
- Est-ce-que vous envisagez une possibilité d'évolution organisationnelle, d'un point de vue humain comme matériel, dans la gestion de votre pharmacie ?
- Quelle est votre expérience personnelle en tant que pharmacien face à la vaccination ?

L'organisation des questions cherche à évaluer en premier lieu :

- ✓ *Le type de pratique et la diversité pharmaceutique proposée.*
- ✓ *L'expérience des pharmaciens face à la vaccination et le « ressenti » des patients à travers les impressions du professionnel de santé.*
- ✓ *Un début d'approche logistique au travers des diverses organisations humaines et matérielles adaptées.*

2/ Quelles sont les difficultés et les contraintes auxquelles vous êtes confrontés dans la l'acheminement et la gestion des stocks de vaccin ?

- Quelles sont vos difficultés techniques ?
- Comment faites-vous pour vous approvisionner et commander vos vaccins ?
- Quelles sont les obligations à respecter pour la gestion, le stockage et la surveillance de vos vaccins ?
- Pouvez-vous éventuellement me fournir un document protocolaire établi au sein de votre pharmacie concernant ce sujet ?

Cette tranche de questionnaire cherche à évaluer dans un second temps :

- ✓ *Les difficultés et les obstacles à l'acheminement du vaccin, les contraintes logistiques et techniques rencontrées en officine et qui pourraient se reproduire au sein du cabinet du généraliste.*
- ✓ *Une ébauche de réalisation d'éléments bibliographiques concernant les contraintes techniques et logistiques de la vaccination en pharmacie.*

3/ Que pensez-vous de la possibilité d'avoir sur place au sein du cabinet du généraliste une variété de vaccins à disposition ?

- Est-ce-que cela vous paraît réalisable ?
- Vous paraît-il possible de travailler conjointement en collaboration sur un tel usage avec un cabinet de médecin généraliste ? Y verriez-vous une perte financière ?
- Quels sont, selon vous, les vaccins les mieux adaptés à ce type de pratique ?
- Croyez-vous que de telles pratiques puissent améliorer de manière concrète la couverture vaccinale ? Dans quelles mesures ?
- Quelles sont les remarques que vous aimeriez rajouter suite à cet entretien ?

Cette dernière catégorie de questions cherche à révéler :

- ✓ *L'avis des pharmaciens et leur acceptabilité au travers de leur jugement concret et des possibles contraintes financières et commerciales.*
- ✓ *L'idée qu'ils se font de telles modalités pratiques et de leur impact positif.*
- ✓ *Une orientation ou une ouverture vers la mise en place d'un protocole de vaccination « de terrain » par les avis et remarques des acteurs concernés.*

Annexe 5

Entretien n°1

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, fin de journée de consultation, téléphone coupé)

Docteur, bonsoir. Merci de me recevoir dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, est-ce que vous pourriez vous présenter, présenter votre activité et la façon dont vous travaillez ?

Alors...Je suis installée depuis 28...29ans, quelque chose comme ça. J'ai eu une première partie d'activité pendant 14 ans avec un premier associé. Au bout de 14 ans, cet associé m'a demandé de partir de chez lui et de son cabinet, donc je suis partie. Et je me suis retrouvée un autre associé...et ça fait maintenant 15 ans qu'on vit ensemble. Voilà.

Quand vous dites vivre ensemble...vous voulez dire...en couple ?

Non, pas du tout. On s'entend plutôt bien, on n'a pas la même façon de travailler mais on respecte assez bien la façon de travailler de l'autre et c'est bien comme ça.

J'ai un mode d'exercice un petit peu particulier. Tout d'abord, je ne travaille qu'à mi-temps. Parce que premièrement je suis très paresseuse, et deuxièmement, j'ai besoin de temps pour me nourrir pour mon travail...je suis obligée de lire, d'aller au cinéma...ça me prend du temps mais je considère que c'est pour mon travail. Alors, vous allez comprendre pourquoi. A peu près la moitié de mon activité, c'est des entretiens de psychothérapie. C'est de la psychothérapie de médecin généraliste, mais n'empêche que voilà. Je reçois de gens qui sont envoyés soit par leur médecin traitant, soit par bouche à oreille, soit... Je reçois beaucoup d'adolescents qui sont envoyés par les infirmières scolaires de collège ou lycée, ou parfois par le proviseur. J'ai une micro-clientèle, je travaille peu, je travaille lentement, comme toutes les femmes...

Très bien. Concernant notre étude sur la vaccination, vous, vous n'êtes pas contre la vaccination ?

Je suis plus que pas contre la vaccination, je suis farouchement pour la vaccination. Quand j'entends, ou que j'ai entendu au moment de la grippe H1N1,...H1N1 elle s'appelait...?, des médecins qui ne se faisaient pas vacciner, pour moi c'est une faute professionnelle, c'est des gens qui auraient dû être radiés. Je ne comprends pas qu'un médecin puisse dire des choses pareilles.

Sinon, pour revenir sur l'organisation de votre cabinet, vous avez un fonctionnement particulier concernant l'accueil des patients, un secrétariat... ?

Non, rien du tout.

D'accord, vous avez un fonctionnement indépendant et c'est votre associé ou vous-même qui répondez au téléphone...

Voilà, et nous prenons chacun les rendez-vous de l'autre si nécessaire.

Parfait. Donc, vous avez participé il y a quelques semaines à une étude sur la vaccination pour le travail de Emilie Rethore-Berthome ; tout d'abord, concernant les patients, comment ont-ils perçu la proposition ou la réalisation du vaccin immédiate... ? Y avez-vous ressenti des réticences... ?

Non, pas du tout...Mais le problème, c'est que le cas ne s'est pas posé. Ça s'est toujours goupillé...de façon...ça c'est pas présenté.

Sur la semaine d'étude, il n'y a pas eu de cas pour réaliser la vaccination...

Non, c'est ça.

Est-ce que pour vous, cela vous paraît difficile pour un patient d'accepter de se faire vacciner dans l'immédiat... ?

Non...En tout cas, ma patientèle, qui est habituée à mon mode de fonctionnement, non. Je peux parler que des gens que je connais et qui me connaissent quoi. Qui savent comment je suis. Non.

Vous n'auriez pas l'impression de prendre le patient en « otage », de ne pas laisser de libre choix... ?

Du tout. De toute façon, ils savent, et mes patients ça leur convient...sinon, ils changent de praticien. Ici, c'est chez moi, c'est moi qui commande, c'est moi qui décide. Soit ça leur convient, c'est bien et ils restent, soit ça leur convient pas et ils s'en vont...je leur rends leur dossier.

Très bien. Concernant l'aspect logistique, si on devait penser à mettre en place les vaccins au cabinet du généraliste, est-ce que, aujourd'hui, ça bouleverserait votre façon de travailler ?

A priori, je ne vois pas pourquoi...

Est-ce que vous auriez le matériel de conditionnement adapté... ?

J'ai un frigo...

Si on se réfère au mode de fonctionnement des pharmaciens, il y a un protocole très adapté. Est-ce que si vous devez être amenée à mettre certaines choses en place...achat frigo, sans alimentation à l'intérieur, contrôler régulièrement la température...

Ça c'est sur ça m'ferait chier. Dire que si je devais vraiment...rendre des comptes là-dessus, ça, ça m'arrêterait, ouais.

Donc à ce niveau-là, d'un point de vue réglementation, ça serait plus une contrainte... ?

Ah oui, oui, oui.

Pourquoi ? Ca fait une charge de travail en plus pour vous... ?

Non, ça m'embête.

D'accord. Sinon, pensez-vous que fonctionner avec un pharmacien peut vous poser des difficultés de réapprovisionnement ?

Vous savez, j'ai un pharmacien qui est à dix pas, avec lequel je m'entends bien. Je ne pense pas que ça pose de souci, même pour le transport.

Ayant un frigo, vous avez peut-être déjà fonctionné sur ce mode-là ?

Oui, parfois, ça peut arriver que les gens me laissent leur vaccin. Par exemple, s'il y a 2 vaccins à 2 mois d'intervalle, ils me laissent le deuxième, je peux stocker.

Et vous n'avez pas un peu d'avance parfois ?

J'en ai eu et en fait, à l'usage, ils se périment, ils sont pas utilisés. Du temps où on voyait les labos et qu'ils nous faisaient des cadeaux, c'est vrai que Pasteur© et GSK© nous laissaient des vaccins...et globalement, je crois que je les ai tous toujours jetés, les vaccins. Ce qui me fait mal au cœur d'ailleurs...

Concernant l'étude précédente qui a été faite, avez-vous quelques remarques, avez-vous rencontrées quelques difficultés... ?

Non, pas particulièrement. En revanche, ce que j'ai noté, ce à quoi j'ai pensé en faisant l'étude, c'est que ce serait extrêmement pertinent pour le vaccin de la grippe. Parce qu'il y a des gens qui sont extrêmement réticents, qu'il faut convaincre, ça prend du temps, de l'énergie et parfois, une fois qu'on les a « ferrés », il faut pas attendre 150000 ans sinon ils reviennent pas. Si on a les vaccins dans le frigo, bon, « je l'ai, j'vous l'ai ». Ça c'est dommage. Pour le vaccin grippe, je pense que ça aurait un vrai intérêt de l'avoir.

Pour la grippe, il y a un côté avec encore un peu de réticence...

Voilà. La réticence, d'ailleurs, elle a un petit peu augmenté depuis la grippe H1N1 mais elle existait déjà avant. Elle a toujours existé. « Mais non, je fais une pneumopathie, mais non,

j'ai jamais eu la grippe... »...Les sermons habituels qu'on connaît tous. Quand on arrive à argumenter, à convaincre les gens, car moi, je suis vraiment très très convaincue des bienfaits du vaccin de grippe, j'en aurais un, ce serait vraiment pratique. Ça changerait vraiment la pratique.

Concernant les vaccins obligatoires, vous avez l'impression que finalement le patient revient, on arrive à « l'attraper » et à le couvrir...

De toute façon, vous voyez, je suis pas informatisée, j'ai des dossiers papiers qui sont tenus d'une façon obsessionnelle...je relance régulièrement si besoin pour la réalisation du vaccin.

Au final, vous avez quand même l'impression que ça ne changerait pas trop vos pratiques.

Non, sauf pour la grippe. Mais c'est pas possible pour moi, pas envisageable s'il faut y voir des contraintes, pour les frigos ou le contrôle de la température...

Avez-vous l'impression que ce serait faire une sorte de « concurrence déloyale » envers certains pharmaciens... ?

Pardon ?....Pardon... ? Une autre question s'il vous plaît.

Avez-vous des remarques, des idées, sur la vaccination en général, des choses à envisager plus concrètement, des pistes de travail... ?

Avec le nouveau calendrier vaccinal...c'est sûr qu'il est simplifié mais pour se le mettre dans le crane c'est pas simple... S'il y a besoin, il est là... Ça m'arrange bien, c'est quand même assez pratique... Non, je pense qu'il sera bien mais une fois qu'on l'aura mis dans notre crane. Non, j'ai pas de problème... Je suis tellement convaincue des biens fondés de la vaccination que je...non, j'ai pas de problème.

Du coup les patients, votre patientèle, suit un peu cette mouvance... ?

Oui, par exemple, pour les bébés, là, c'est très très réglementé ici. Enfin, pour moi, dans ma tête, c'est très réglementé et très clair. Ça m'est arrivé une seule fois en 29 ans, une maman qui ne voulait pas faire vacciner son bébé parce que ...pour des croyances, des trucs, des machins... Je lui ai dit « écoutez, je comprends...il y a juste un truc, je ne peux plus suivre ce bébé ». Parce que ça c'est pas envisageable pour moi de cautionner ce type d'attitude. Ça m'est intolérable, l'idée de ne pas vacciner un bébé m'est intolérable. Je trouve ça criminel.

Très bien. Pour conclure, avez-vous des remarques concernant cette étude et la démarche que nous entreprenons ?

Non, je trouve que c'est une bonne idée de faire un constat, de voir un peu où on en est pour essayer d'améliorer les choses. Parce que je sais que d'abord, tous les médecins ne sont pas tout à fait d'accord avec moi... Par exemple, si vous voulez, le ROR, pour ne nommer que lui, pour moi, ça fait des lustres...il en faut deux, il en faut deux, avant 31 ans,

voilà c'est comme ça. Il y a des gens qui cherchent, qui font... Je ne suis pas du tout parano, je ne me dis pas « voilà, c'est l'industrie pharmaceutique... ». Faut arrêter quoi. Il y a aussi de vrais savants, avec des études scientifiques objectives, qu'on peut aller chercher, c'est facile. Pour le ROR, je n'ai jamais aucun problème, il n'y a jamais une maman qui me la refusé. L'hépatite B, il ne m'a jamais été refusé...jamais, jamais. Je suis très très convaincue... Ah si , pour l'anecdote, il m'a été refusé une fois, par une famille très...comment je vais la qualifier...très « proutinette ». La maman accompagnait son jeune fils de 16, 17 ans. Je lui dis, « concernant la vaccination de l'hépatite... ». Et la dame se redresse et elle me dit : « mais madame, je ne pense pas que dans le cadre de notre famille le vaccin de l'hépatite soit utile à quelque chose ». J'ouvre mes chakras et je me dis « reste calme ma fille... ». Et je lui dis « il y a un risque, notamment un risque qui peut être vital... ». Bref, les hépatites aiguës, chroniques...je leur fais tout le cours...ça prend du temps et de l'énergie quand même... Et elle me dit : « vous pourriez me redire, madame, comment s'attrape l'hépatite ? ». « Pas de problème madame ». Je refais le point, notamment la transmission sexuelle, etc... Et elle me dit, se redressant encore plus : « mais madame, chez nous, mon fils arrivera vierge au mariage ». « Pas de souci madame, c'est vous qui décidez pour votre enfant ». Trois jours après, la sœur du gamin revient : « Bonjour, je viens pour mon ordonnance de pilule ». Je tombe de ma chaise... « Pardon ? Mes vos parents... ? ». « Ah non, ils sont pas au courant... ! ». Et pour finir, huit jours après, le garçon revient, il voulait faire une préparation militaire et c'était obligatoire. J'étais trop contente. Je suis une militante de la vaccination, et pour la grippe H1N1, j'ai tout fait pour que les gens se vaccinent. Ça illustre le fait que le patient, s'il est pas pour, il est pas là. J'ai encore dit à une dame un peu âgée hier, qui a reçu la vaccination pour la grippe et qui préfère suivre les trucs homéopathiques, « c'est pas grave, je viendrai à votre enterrement, c'est pas grave du tout, je pleurerai et voilà, c'est la vie... ». Elle me dit « ah bon ? ». Et oui, il y a des gens qui meurent de la grippe...et c'est pour ça qu'on vaccine.

Très bien. Je vous remercie grandement pour cet entretien.

Je vous en prie, c'était un plaisir.

Entretien n°2

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, début d'après-midi avant ses consultations, téléphone non coupé)

Bonjour, docteur. Merci de me recevoir dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, pouvez-vous me présenter rapidement votre type d'activité en médecine générale et l'organisation au sein même de votre cabinet ? Avez-vous certaines spécifications dans votre pratique, des sous-spécialités ?

Je suis médecin généraliste, pratiquant pas mal de médecine du sport. Je suis médecin ostéopathe également. Je fais un peu d'ostéopathie, en complément... Voilà... Et c'est déjà pas mal ! Je suis aussi médecine coordonnateur en maison de retraite.

Quels sont vos outils de travail ? Comment est organisé votre cabinet ?

Je suis informatisé, avec lecteur de carte bleue, carte vitale. J'ai également un réfrigérateur pour mettre les vaccins au frais...

Avez-vous envisagé à un moment donné une possible évolution dans votre organisation, d'un point de vue humain comme matériel d'ailleurs ?

Pas pour l'instant, non.

En tant que praticien, quelle est votre expérience personnelle face à la vaccination ? Avez-vous certaines idées reçues, certaines convenances dans votre pratique ?

Non, je n'ai pas d'idée préconçue. J'essaie de suivre de suivre le calendrier vaccinal, de convaincre les gens... Je suis plutôt « pro-vaccination »... Je sais que parmi mes collègues, ce n'est pas tout le temps le cas... Euh... Voilà... J'essaie de convaincre, sans imposer... Si les gens refusent, c'est leur droit. Moi, je suis là pour conseiller.

Avez-vous plutôt une adhésion de vos patients face à la vaccination finalement ?

Euh...Oui, généralement, oui. Mais bon, il y a certaines réticences... C'est surtout pour la grippe, l'hépatite B évidemment...mais bon, maintenant, comme on cible un peu plus le... Ouais, c'est surtout ça...

Au sujet de l'étude à laquelle vous avez participé en début d'année, quelles ont été, selon votre impression, l'acceptabilité et la réaction des patients à la réalisation de la vaccination immédiate ?

Elle a été bonne. Le fait est que le temps de l'étude, j'ai eu peu de vaccinations à faire si je me souviens bien...

Oui, c'était une semaine témoin, puis une semaine d'étude plus spécifique...

Ouais, bon... C'était...Comme ça...Ça tombait...Je sais plus combien j'ai fait de vaccination mais j'en ai fait très peu...

Vous n'avez pas été confronté à un refus ?

Euh... J'me souviens plus... Mais non, je me souviens plutôt de cas positifs... « Ah ouais ?! Vous l'avez, tout de suite, on le fait, c'est génial... ».

Eventuellement, si vous en avez le souvenir, pouvez-vous me raconter succinctement le déroulé d'une consultation où le patient a adhéré... Sont-ils allés plus loin dans le questionnaire, ont-ils demandé pourquoi... ?

Euh...non pas plus. Je leur ai expliqué qu'il y avait une étude et que...voilà... Non, au contraire, les gens trouvaient que c'était une très bonne idée, se demandaient pourquoi on l'avait pas commencé plus tôt...

Vous avez peut-être déjà pratiqué cette façon de faire... ? Avoir un stock de vaccin sur place...

Non, jamais.

Par la suite, avez-vous eu des difficultés plus « techniques » pour suivre l'étude, concernant des soucis de réapprovisionnement, de stockage des vaccins ?

Non, il me semble pas. Je n'ai pas eu à me ravitailler...

Donc pas de souci de stockage ou de difficulté dans le transport de vaccin... ?

Non.

Vous-même avez-vous eu des difficultés dans la surveillance de la température du frigo ?

Oui, j'avais eu le petit thermomètre. Mais non, pas de difficulté... Je surveillais, on a vu qu'il n'y avait pas de problème...donc, non...

En tant que praticien, que pensez-vous d'avoir sur place au sein du cabinet du généraliste une variété de vaccin à disposition ?

Moi, je pense que ça peut être pratique...pour le côté pratique justement... La facilité. Je pense aussi que ça peut avoir un autre intérêt pour des gens pour lesquels on ferait une prescription et qui nous disent « j'vais voir... ». Avoir le vaccin sur place, ça permet de pousser un peu plus et de le faire direct... « Bon, allez-y, ce sera fait ». C'est souvent la réponse que donne le patient...parce que sinon, ça traîne souvent...

(Téléphone sonne...interruption de l'entretien sur conversation téléphonique de l'interrogé)

Excusez-moi.

Donc, pour vous, cette démarche relève d'un aspect plutôt positif... Vous seriez-prêt à changer vos pratiques pour réaliser vos vaccination et changer éventuellement l'organisation du cabinet et/ou faire preuve d'investissement logistique si besoin ?

Est qu'il faut vraiment quelque chose de... ? Ce n'est pas un frigo ordinaire, c'est ça ?

Oui, ça reste un frigo mais il faut respecter certaines contraintes, comme ne pas stocker les vaccins avec des aliments à l'intérieur...

Ah, oui, d'accord... C'est un spécifique pour les vaccins, avec ventilation... Et bien, ce qu'il faudrait c'est chiffrer le nombre de vaccins qu'on ferait dans l'année, oui, pour voir si l'investissement vaut le coup...

Selon vous, il y a des vaccins qui vous paraissent plus adaptés à ce genre de pratique ?

Euh...Les vaccins obligatoires...Eventuellement, les vaccins de la grippe ou de l'hépatite B, comme on a dit tout à l'heure, où ce serait plus facile de faire adhérer les patients... Mais pour la grippe, il y a une nuance ; c'est que maintenant, à partir de 65 ans, les gens le reçoivent directement donc, des fois, on n'est même pas au courant que le gens ont été vaccinés...Donc, ça, c'est une nuance je pense, pour la grippe...

Dans votre ressenti, pensez-vous que de telles pratiques puissent augmenter la couverture vaccinale ?

Ah oui, j'en suis persuadé.

Dans quelles mesures pensez-vous que cela puisse aider à atteindre les objectifs de vaccination ?

L'observance sera forcément meilleure, puisqu'on a tout sur place et qu'on le fait soi-même... Je le vois plutôt dans ce sens-là... Et aussi, ce serait un moyen de discuter et de convaincre les gens un peu plus facilement.

Avez-vous des remarques à ajouter, des idées, des choses à spécifier ?

C'est sans doute quelque chose qui se chiffre, voir si on pourrait bénéficier d'aides...et voir si les pharmaciens sont d'accord...ça c'est un autre combat. On a l'habitude de fonctionner avec les pharmaciens du quartier mais on n'a jamais parlé de ça avec eux... Voilà.

Très bien docteur, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Entretien n°3

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, fin de journée de consultation, téléphone non coupé, refuse la caméra en sa direction, ne souhaite pas être filmé)

Docteur, bonsoir. Merci de me recevoir en entretien dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, pouvez-vous succinctement me présenter en quelques mots votre type d'activité en médecine générale, vos spécifications et l'organisation de votre cabinet?

Alors, je suis donc généraliste omnipraticien, médecin de premier recours. Je n'ai pas de spécification particulière. J'exerce dans un cabinet où nous sommes quatre, où nous avons tous un jour de congé dans la semaine, avec un fichier commun centralisé. Nous sommes tous les quatre aptes à voir les patients des autres. D'ailleurs, c'est ce qu'il se passe couramment. Les patients du cabinet ont un médecin en « 2 », qu'ils voient en deuxième quand leur médecin n'est pas là. Donc, on travaille de manière homogène, on se remplace sans difficulté... J'ai fait de la gériatrie, j'ai été médecin coordonnateur pendant une petite quinzaine d'années. J'ai pas mal de patient en gériatrie, et pas mal de pédiatrie, mais ce n'est pas une spécialité que je vais avoir. Je ne cherche pas spécialement à faire ça mais de fait, ça s'est passé.

Je vois que vous êtes informatisé, vous êtes équipé en logiciel médical...et avez un accueil en secrétariat...

Les secrétaires ont accès aux fichiers, elles remplissent la partie administrative.

Ont-elles une activité « autre » au sein même du cabinet ? De quel type ?

Nous avons une femme de ménage le matin. Elles gèrent toute la partie administrative...les commandes de document, de papiers, accueil et relation avec les patients... *(Oui, ça ça m'aurait stressé d'avoir cette caméra en face de moi...je suis pas du tout naturel là...)*.

Vous concernant, avez-vous une expérience particulière face à la vaccination ?

Eh bien, j'ai deux jambes pour marcher... J'en ai une où je considère que pour manger avec le diable, faut avoir une grande fourchette... Donc je me méfie des entreprises du médicament. Et puis en même temps, je suis un médecin moderne, je considère que c'est un avantage de pouvoir se protéger. Il y a des pays où on aimerait bien avoir des vaccins sous la main... Je fais attention aux nouveautés. Par exemple, à une époque on a essayé de nous vendre le Varilrix®. Ça n'a pas pris en France. La varicelle qui pour nous est une maladie bénigne, tout d'un coup était devenue une maladie dangereuse... Donc on avait l'impression de « se faire manipuler ». Ce genre de chose est très néfaste en fait. Je pense que ça a fait

beaucoup de mal, au moins dans la population des médecins par rapport à l'idée qu'ils se faisaient des vendeurs de vaccins. C'est un exemple...

Donc vous vous basez sur d'autres sources pour faire votre jugement...

Oui, les revues scientifiques...et j'ai fait un séminaire sur la vaccination. Je participe aux formations MGForm essentiellement. Je suis convaincu et je vaccine les gens... Mais je propose, je ne suis pas directif devant le refus. J'informe, ce n'est pas mon boulot de donner du sens au choix des gens. Je suis là pour informer. S'ils veulent mon avis, après, je peux aller plus dans le fond des choses... Mais ils ont leur libre arbitre les gens ; c'est pour tous les médicaments pareils... S'ils se soignent pour nous, ça n'a aucun intérêt.

Très bien. Au sujet de l'étude à laquelle vous avez participé il y a quelques mois, quelle a été l'acceptabilité ou les réactions des patients face à la proposition de la vaccination immédiate ?

Aucun problème. Oui, cela a été bien accepté, aucun refus. Ça m'est encore arrivé la semaine dernière de vacciner une dame, tellement terrorisée par les vaccins, qui était très contente de ne pas avoir eu à se dire : « j'avais m'faire vacciner, j'avais m'faire vacciner... ».

Le patient n'a pas le sentiment de se « faire prendre en otage... ? »

Non, je n'ai pas ressenti ça... Mais à partir du moment où je laisse le choix au gens de se faire vacciner... Ils veulent pas se vacciner, ils se vaccinent pas... C'est un rapport équilibré, le rapport du médecin et de son patient. Il n'y a pas de raison que ça se passe mal si les gens sentent qu'ils sont libres. Mais il faut les laisser libres... Faut savoir le faire, c'est tout.

De votre côté, avez-vous eu l'impression de rencontrer certaines difficultés pendant l'étude, notamment logistiques ?

Je vous cache pas que faire une ordonnance en mettant « étude machin » ça nous changeait pas grand-chose, on n'y pensait pas obligatoirement. Le problème dans ce type d'étude, c'est d'avoir à l'esprit... C'est une couche supplémentaire qu'on met dans notre boulot si vous voulez. Et donc quand on est dans le feu de l'action... Je sais pas si vous êtes installés ? Vous ne l'êtes pas, vous avez remplacé peut-être... Et bien c'est un métier très rythmé le métier de médecin généraliste. Et quand la salle d'attente... C'est comme une baignoire qui se remplit, vous voyez... Il y a la bonde qui vide et le robinet qui remplit. Et on essaie de veiller au niveau. Donc quand vous sentez que ça commence à se remplir, c'est pas simple à gérer. Alors quand on rajoute une couche supplémentaire, c'est pas toujours facile à gérer.

Alors il y a la gestion du temps et du travail qui peut poser difficulté. Mais d'un point de vue matériel, quelles sont les dispositions qui ont pu vous freiner pour réaliser l'étude ?

Et bien, on a déjà un frigo. Sur le fond, avoir des vaccins d'avance, c'est parfait. Ça solutionne pleins de problèmes, on est d'accord. Par contre, j'ai pris conscience de la nécessité de la

surveillance de la température du frigo. On ne le faisait pas. A partir du moment où j'ai mis ce petit thermomètre dans le frigo, j'ai pu voir qu'il était à la bonne température, mais je ne m'étais jamais posé la question au préalable. Il y a tout un tas de choses qu'on fait pas habitude...et voilà.

Alors, vous pratiquez déjà un peu le stockage des vaccins sur place et la réalisation des vaccins en un temps. Pour vous, est-ce une chose à essayer de mettre en place et qui pourrait beaucoup changer les pratiques des médecins ?

Oui, ça pourrait changer les pratiques. Ça permettrait d'être plus efficace, plus efficient et éviter les ordonnances qui restent dans le fond du carnet de santé, les mamans qui sont occupées, qui ont trois mômes, qui bossent... Les oublis. Mais d'un autre côté, il y a un biais qui va pas nous faire beaucoup changer, c'est que désormais depuis le 3 juillet nous sommes ici, et nous avons une pharmacie de l'autre côté de la rue. Donc le frigo, il est là-bas pour nous maintenant. Moi, il m'est arrivé de dire aux gens : « bon, je prends le patient suivant, vous allez à la pharmacie, vous revenez avec votre truc et je vous vaccine ». Ou alors, si je l'ai dans le frigo, je leur dis : « je fais ce vaccin, vous allez avec l'ordonnance à la pharmacie après, vous le laissez là-bas, ils me le ramèneront ».

Selon vous, y a-t-il un type de vaccin qui vous semble plus adapté à ce genre de pratique ?

Non...tous en général, il y a pas... Le vaccin de la grippe...mais c'est déjà un truc à part. C'est un vaccin annuel, il change toute l'année, y a pas de stock...

Justement, pensez-vous que pour un vaccin comme la grippe, où on trouve encore pas mal de patients craintifs et réticents, ça changerait la donne ?

Et bien, alors-là, non. Moi, je suis convaincu dans la vaccination, il y a pas besoin de me convaincre. Mais si les gens veulent pas se vacciner, moi, je les y invite... Mais je vais pas les attraper, les attacher à ma table d'examen pour les vacciner de force. Donc je suis pas sûr... Le vaccin de la grippe il est disponible partout, il y a des campagnes, c'est ritualisé, on l'a pas à l'avance car il est fabriqué à partir de novembre... Je suis pas sûr que ça améliorerait vraiment la couverture vaccinale sur la grippe... Je sais pas... Ça, c'est un point d'interrogation...

Mais vous restez convaincu que ce genre de pratique puisse améliorer la couverture vaccinale ?

Ah oui, totalement. J'imagine les cabinets un peu isolé qui n'ont pas de pharmacie toute proche... Ce serait utile... Cela a un problème, c'est que ça fait une gestion de stock et de dates de péremption. Si vous faites pas attention, vous pouvez vous retrouver avec des vaccins à jeter et ça, c'est un peu dommage quoi.

Vous seriez prêt à mettre tout un protocole en place, logistique, transport, stockage, surveillance dans votre cabinet comme pour seconder une pharmacie concernant les vaccins ?

Si j'étais totalement isolé je vous dirais oui. Quitte même à proposer des procédures assez simples, qui peuvent être... Enfin, que les secrétaires puissent s'approprier. Que les secrétaires puissent être... Il y a des cabinets où il y a des infirmières Asalée... Et bien là, ce serait une secrétaire qui s'occuperait de ça. Une procédure simple que nos secrétaires puissent s'approprier, ce serait parfait.

Avez-vous des remarques ou des choses à rajouter pendant cet entretien ?

Le calendrier vaccinal avec des âges fixes, c'est du pain béni, c'est du bonheur ! C'est parfait. Ça fait longtemps que ça devrait être comme ça. Sinon, sur la vaccination, il y a un truc sur lequel j'insiste beaucoup, c'est que les gens ne parlent de vaccination que par rapport à leur vécu personnel. « L'intérêt personnel de la vaccination ». Alors, on est dans une société où on ne parle que de manière individuelle et où on ne traite que le problème individuel, et la conscience collective s'évanouit de plus en plus. J'explique à chacun qu'on ne se vaccine pas que pour soi-même mais aussi pour protéger les autres. C'est un peu moins vrai pour la grippe mais sinon, j'ai l'impression que cette notion se perd. Vous voyez, pour l'histoire de la vaccination de la grippe H1N1 de la mère « Tartanpion », moi j'y croyais pas du tout, mais je suis allé me faire vacciner simplement pour l'idée collective. C'est la seule raison pour laquelle je me suis fait vacciné, parce que sinon... Ça aussi, ça a fait du mal à la vaccination, cette campagne. C'était complètement crétin. Mais j'en ai été à défendre des choses contre lesquelles j'étais quoi... Donc, vaccination collective, voilà. Et puis aussi, le libre arbitre des patients à respecter. On n'est pas là pour donner du sens à leur vie. Quelqu'un qui est malade et qui veut pas se soigner, s'il est sensé, y a pas de raison à le forcer. S'il prend ses décisions en son âme et conscience, c'est pas moi qui vais lui dire « vous faites mal, vous devriez faire ça ». Je respecte et je continuerai à le soigner. Voilà.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de me recevoir.

Mais de rien.

Entretien n°4

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, fin de matinée de consultation, avait rendez-vous avec son kiné mais annulé car retard accumulé lors de ses consultations, téléphone non coupé, refuse la caméra en sa direction, ne souhaite pas être filmé)

Docteur, bonjour. Merci de me recevoir dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, pouvez-vous me présenter dans une vision d'ensemble votre type d'activité en médecine générale et l'organisation au sein de votre cabinet ?

Nous sommes organisés de façon particulière comme vous avez pu le constater. On est une maison médicale, donc on est douze ici : trois médecins et neuf professionnels de santé. On est organisé en maison de santé pluri-professionnelle. Donc, ça veut dire quoi ? Ça veut dire que nous avons déjà réfléchi à pas mal de choses au niveau de la santé publique et au niveau de la prise en charge du patient. Parce que s'organiser en maison médicale, ça oblige de prendre du recul, de réfléchir à notre activité et voilà quoi... Ce n'est pas le cabinet où on soigne des patients et c'est tout. On a un recul avec justement des choses sur lesquelles on a réfléchi et on continue à réfléchir.

Plus particulièrement, avez-vous un « profil » de patient que vous rencontrez plus souvent ?

Personnellement, je suis très orienté médecine du sport depuis environ quinze ans, depuis quasiment mon installation. Je vois pas mal de pathologies du sportif, que ce soit chez l'enfant, chez l'adulte ou le sujet âgé.

Au niveau de la maison médicale, quels sont les équipements particuliers dont vous disposez ?

Tous les postes informatiques sont en réseau, avec un serveur central. Et puis on a un secrétariat...

Et envisagez-vous à plus ou moins long terme une évolution organisationnelle au sein du cabinet ?

Oui. On a le projet d'encore agrandir la maison médicale, pour être plus à l'aise pour ceux qui sont ici, pour accueillir de futurs professionnels de santé et pour développer notre outil informatique.

Au sujet de l'étude à laquelle vous avez participé, quel a été votre ressenti face à l'acceptabilité ou à la réaction du patient lorsque vous proposiez la vaccination immédiate ?

Et bien c'est tout bête mais cet item de thèse de votre collègue, nous, on l'a déjà fait notre depuis des années. Proposer la vaccination immédiate quand on y pense, on a déjà instauré ça depuis au moins, je dirais, dix ans. (*Interruption téléphonique de 20 secondes*). Oui, donc pourquoi ? Et bien tout simplement parce qu'on sait rendu compte que quand on prend le temps ou qu'on a le temps de demander le statut vaccinal du patient lors d'une consultation pour autre chose, on dit : « Voilà. Vous savez monsieur, ou madame, faudra repasser pour votre vaccin, je vous fais la prescription ». On se rend compte qu'une fois sur deux les gens on les revoit jamais. Donc, là, on a pris le principe d'avoir toujours un ou deux vaccins d'avance, comme ça, on fait le vaccin, puis après le patient nous le retourne. Le problème, c'est qu'ils font pas tous tout le temps ça, et parfois, on se retrouve avec tout notre stock de vaccins qui est parti.

D'accord. Et à ce moment-là, comment faites-vous pour votre stock ?

Quand c'est comme ça, on appelle le pharmacien, on fait une ordonnance à quelqu'un, qui va à la pharmacie chercher le vaccin... on essaie d'avoir toujours un petit stock d'avance. Et nous avons jamais été confrontés à un refus du patient pour faire la vaccination de cette manière. Au contraire, ils trouvent ça très très bien. « Ah bon, docteur, on le fait tout de suite ? Ben oui, bien sûr ! A ben c'est bien, comme ça, on n'aura pas besoin de revenir... ».

Avec cette façon de faire, quelles sont les possibles difficultés, logistiques ou autres, qui peuvent vous faire sentir limiter dans cette pratique ?

On ne se sent pas vraiment limiter. On a un frigo. Il faut surveiller notre stock...de temps en temps, en faisant le ménage, on élimine ce qui est périmé... Mais comme ça tourne bien, il n'y a quasiment pas de péremption.

Sinon, lors de l'étude, il était nécessaire de surveiller la température des frigos pour le stockage des vaccins : est-ce que cela vous a posé souci ?

Je suis incapable de vous dire à quelle température c'était. Mais comme c'est dans le frigo... J'imagine que c'est quatre degrés, comme la température d'un frigo quoi...

C'est un frigo qui sert à l'alimentaire également ?

Non, il est pas mélangé avec les bières, ce que un frigo qui sert au médical.

Donc, pour vous, de telles pratiques ne seraient pas une perte de temps...ou éventuellement d'argent ?

Non...mais c'est toujours pareil, ça oblige à avoir un frigo, à passer du temps logistique... C'est toujours pareil, c'est du temps à passer... Et un petit peu d'argent aussi !

Alors vous n'allez pas vraiment changer vos pratiques car vous le faites déjà, mais pensez-vous que vous pouvez encore améliorer ça ? Et comment le feriez-vous ?

Et bien, je ne vois pas l'intérêt de stocker de plus grandes quantités de vaccin... Celui qu'on vaccine de façon inopinée, on lui fait une ordonnance, il va chez le pharmacien... Ce n'est pas nécessaire d'avoir des stocks énormes, il suffit d'en avoir deux ou trois de chaque... C'est vrai que l'été on essaie d'en avoir un petit peu plus d'avance... Avoir les dTPolio avant que les gens partent en vacances. L'hiver, on essaie d'avoir quelques vaccins de grippe d'avance. Je pense qu'on peut l'appliquer à l'ensemble des vaccins... Il y a trois catégories : les « dTPolio », les vaccins du voyageur (typhoïde, hépatite A, hépatite B) et le vaccin de la grippe. On a surtout ces trois différents. Et éventuellement, le vaccin...euh, comment il s'appelle ? Gardasil, Cervarix. On en a toujours un d'avance, de chaque.

Que pensez-vous de l'impact sur la couverture vaccinale avec de telles pratiques ?

Je pense que ça l'améliore... Parce qu'on est sûr que les gens sont ou vont être à jour. C'est une part modeste je pense... Il y a beaucoup de gens aussi, on leur prescrit le vaccin, ils y vont le chercher et ils reviennent de suite et voilà... Mais en avoir toujours d'avance, ça évite les oublis de ceux qui pourraient dire : « bon ok, on va chercher avec l'ordonnance... ». Mais après, soit ils y vont pas ou alors ils repassent pas chez le médecin... Je pense que ça « tend » quand même à l'améliorer.

Et vous fonctionnez avec un pharmacien particulier ?

Non, ici comme on n'a pas de pharmacien, on fonctionne avec plusieurs pharmacies du coin... Ce qui peut nous poser problème pour plein d'autres médicaments, des stocks de médicaments plus inhabituels où on ne peut pas se reposer sur un pharmacien avec nos habitudes... C'est comme ça.

Très bien. Avez-vous des remarques à ajouter sur l'étude ou sur la vaccination en général... ?

Alors... Le calendrier vaccinal devient carrément incompréhensible pour les patients. On s'est battu depuis vingt-cinq ans pour obliger les gens à venir au moins tous les dix ans pour se faire vacciner. Et au moment où on pensait que les gens avaient reçu la leçon, maintenant on va leur dire qu'ils peuvent revenir dans un quart de siècle... Ils savent plus... Ça me paraît un petit peu... Je veux bien croire que c'est lié à nos autorités savantes de tutelle mais ça désarçonne un petit peu la patientèle...

Aussi, dire pour le vaccin, quand il y a eu les grosses épidémies de coqueluche en 2007, et c'est vrai que bien avant la modification du calendrier vaccinal, nous ici, on avait réinstauré une vaccination systématique de tous les enfants et tous les adultes jeunes bien avant les recommandations.

Egalement, on peut être amené à penser que nous aurons moins de temps de consultation accordé à la prévention et/ou dépistage. Souvent, notamment pour les ados, on les voit rarement et dans le cadre des « certifs » de sport, on en profite pour refaire un point sur les vaccins. A ce moment-là, en faisant directement les vaccins pendant une consultation où on a déjà pris du temps à autre chose, on est moins dans le dépistage... « Tu fais du sport, ça se passe bien ? L'école ? Le moral, tu tiens le coup... ? ». On verra plus trop la consultation dédiée peut être plus spécifiquement à ça et qui peut permettre des fois d'aborder d'autres sujets...

Très bien, merci docteur pour cet entretien.

Entretien n°5

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, début de matinée de consultation, 10 minutes de retard, téléphone coupé)

Docteur, bonjour. Merci de me recevoir dans le cadre de cette étude. Pouvez-vous tout d'abord me présenter succinctement votre type d'activité en médecine générale et l'organisation que vous avez adopté au sein de votre cabinet ?

Nous sommes un cabinet de trois...non quatre personnes, car nous avons un collaborateur qui vient d'arriver depuis un mois. Trois femmes et un homme. On a une population quand même très jeune, beaucoup de pédiatrie au niveau des patients. Moi, je fais de la médecine générale, pas mal de gynéco aussi. J'ai mon DU de gynéco. Je fais aussi de la médecine du sport et de la méso en plus. Je commence à avoir un petit peu plus de personnes âgées, gériatrie mais ce n'est pas une grosse population. Donc plutôt beaucoup de patients très actifs.

Et concernant votre équipement médical ? Envisagez-vous aussi une évolution organisationnelle au sein du cabinet ?

Nous sommes informatisés, avec secrétariat, dossiers en réseau. Il n'y a pas spécialement de prévisions là-dessus sinon. On vient de prendre un collaborateur. On a eu à un moment donné une infirmière du système Asalée pendant deux ans et demi, qui est partie de la région et on n'a pas fait de recrutement pour recommencer. On a laissé ça de côté.

D'un point de vue plus personnel, quelle est votre expérience face à la vaccination ? Avez-vous certaines idées, certaines convictions... ?

J'ai un coup d'œil très fréquent sur le carnet de vaccination. Je vaccine tout de même fréquemment. Sur les choses non obligatoires, on en discute...voilà. En fonction des vaccins, j'ai une discussion qui peut pousser un peu plus ou pas...

Et du côté de vos patients... ?

La plupart du temps, ils adhèrent et ils suivent le discours. Il y en a quelques-uns qu'on arrive pas à bouger, donc on le marque, on en reparle aussi. On a trouvé le système et on le fait pas mal avec nos collègues aussi ; on commence à noter dans le dossier ou dans le carnet de santé quand il y a des refus des parents notamment...pour l'hépatite B, les papilloma virus, les choses comme ça. Ou même autre chose. Ça permet de ne pas demander toujours et à chaque fois : « oh, mais pourquoi !? ». Parce que moi à chaque fois je regarde le carnet de santé. Et ça permet aussi éventuellement de relancer quand la conversation peut être reprise quelques temps plus tard... Donc moi je mets la date à côté maintenant en notant : « refus ce jour-là ».

D'accord. Au sujet de l'étude à laquelle vous avez participé, est-ce que vous avez eu l'impression d'avoir des réactions un petit peu particulières de la part des patients ? Quelle a été l'acceptabilité ?

Pas du tout parce qu'on faisait déjà comme ça. C'est un gros biais par rapport à cette étude, c'est qu'on avait déjà un fond de roulement pour certains antibio...euh, antibio, n'importe quoi. Vaccins. Donc maintenant, on avait pris l'habitude et la plupart du temps quand il faut vacciner on leur propose et si on en a ici, ils nous en ramènent un. Donc on essaie de tourner comme ça même si parfois il y a des oublis. Avec une ordonnance, le patient ramène le vaccin une fois cherché à la pharmacie. C'est un fonctionnement que nous avons déjà instauré.

Et dans ce cas, quel est votre mode de stockage pour les vaccins ?

On a un frigo. La plupart du temps, il n'y avait que des vaccins mais de plus en plus, on a pas le temps de déjeuner donc en effet la deuxième partie, elle est dédiée à l'alimentation.

Et vous arrivez à contrôler la température, vérifier votre stock... ?

Alors ça, ça ne se faisait pas mais à la suite de l'étude ça s'est fait. Ça a permis de contrôler car en effet, c'est un vieux frigo. Ça nous arrive aussi d'avoir des pannes électriques de temps en temps donc maintenant, oui, c'est vrai on y pense un peu plus.

Et à ce moment-là, est-ce que pour vous cet élément de contrôle a été une contrainte ?

Non, pas vraiment. Je l'ai fait, ce n'était pas sur longtemps... En effet, après je l'ai pas fait régulièrement mais le thermomètre est resté dans le frigo et ça nous permet de vérifier de temps en temps, de contrôler... Ce qui ne se faisait pas avant ça c'est sûr.

De votre côté, quelles ont été les limites logistiques rencontrées pendant l'étude ?

Il n'y en a pas vraiment eu... Nous, on le faisait déjà, avec les vaccins qui tournent le plus souvent. Comme l'hépatite B, c'est vrai qu'on les a pas d'avance, des choses comme ça...

Et par rapport à votre mode fonctionnement, quelles sont les difficultés de réapprovisionnement que vous pouvez rencontrer ?

Alors, on avait récupéré quelques vaccins, les premiers... On a une perte obligatoirement parce qu'on en avait récupérés par les laboratoires surtout au début. C'est ce qui nous avait permis de commencer comme ça. Quand on en a trois, quatre...en plus il y a des personnes qui pensent pas à ramener. Donc voilà. Mais...euh, c'est vrai que ça nous embête quand on a une grosse panne électrique, qu'on met tout à la poubelle mais bon...

Et à ce moment-là, comment vous procédez ?

On essaie de se les faire avancer par la pharmacie, quitte à en acheter un ou deux pour nous cette fois-ci et pouvoir se retourner quoi...

Vous avez un fonctionnement avec un pharmacien en particulier... ?

Pas spécialement avec un pharmacien, non. On a plus nos habitudes mais après...non.

Vous nous avez dit que vous fonctionniez déjà comme ça et on peut penser que ça ne changera pas grandement vos pratiques mais seriez-vous prêt à faire des changements pour mettre en œuvre tout cela de manière plus concrète et plus spécifique ?

Oui, ça ne me semble pas si lourd que ça à première vue. Et on l'utilise déjà, on a bien vu qu'on a un intérêt à le faire, à quelle vitesse on vaccine nos patients... Entre ceux à qui on donne une ordonnance et ceux qui ne viennent pas tout de suite, ça passe plutôt bien. Et si on relance quand ils reviennent après, ça marche aussi.

Pour vous, l'intérêt est plutôt un gain de temps ?

Il y a une assurance que le patient va le faire surtout. Enfin, il y en a quelques-uns comme ça. Parce que je pense qu'il y en a d'autres qui reviennent pas tout de suite ou...qui laissent passer encore l'info...et l'ordonnance.

Si on devait mettre de nouveaux moyens en place, est-ce que vous pensez que d'un point de vue financier, ce serait compliqué ?

A part avoir un frigo et les premiers vaccins au début, je ne vois que ça... Nous, c'est vrai qu'on l'a fait au début parce qu'avec les contacts des laboratoires, on a pu récupérer des vaccins un certain nombre de fois quoi.

Pensez-vous qu'il y a certains types de vaccins qui soient plus adaptés à ce type de pratique ?

Nous, on a surtout tout ce qui est dTPolio, coqueluche et tout... Priorix© pas facilement. Ce serait bien qu'on ait en effet ceux-ci et quelques hépatite B, oui, pourquoi pas ? Car c'est vrai que la discussion est quelques fois lourde. Papilloma virus, pourquoi pas aussi. Ça pourrait être intéressant... Après, on fait pas mal de méningite quand même, mais là, il y a un choix aussi... Je pense qu'on peut aussi laisser les gens un peu s'installer et revoir après...

Que pensez-vous du retentissement sur la couverture vaccinale ?

Je pense que ça l'améliore, oui, c'est sûr. Il faudra juste être vigilant sur les histoires d'enfant vivant en alternance avec des parents séparés et s'assurer qu'on a bien l'accord des deux. Et ça c'est pas évident je pense donc il va falloir être vigilant sur ce truc-là par contre. J'ai eu le cas en consultation il y a pas très longtemps aussi donc je me méfie un peu voilà. Il peut y

avoir sur les enfants mineurs dont les parents sont séparés...il faut peut-être pas vacciner trop vite, laisser un temps d'attente ou une possibilité de téléphoner...

Est-ce que ça vous donne l'impression de « perdre » une consultation ? Que ce soit d'un point de vue financier ou pour aborder autre chose ?

Pas du tout. Non. Financier non. Je pense qu'on a assez...le cabinet tourne assez pour ne pas le remplir autrement. Puis il faut faire revenir quelqu'un pour faire le vaccin entre deux, c'est pareil, quand on est surbooké, c'est pas l'idéal pour nous et pour les gens non plus. Sinon, pour le reste, non plus. Il suffit de changer à ce moment-là quand on voit la personne, on recale un rendez-vous huit jours, quinze jours ou trois semaines après et puis on dit : « on l'fera à c'moment-là ». Je pense qu'on peut toujours changer un peu sa façon de faire, on peut toujours adapter. Si on veut revoir quelqu'un...

Avez-vous des remarques à rajouter, concernant la vaccination en général, sur cet entretien... ?

Il faut qu'on suive encore le calendrier vaccinal qui a pas mal changé là. Pour l'instant, ça n'a pas l'air de poser gros soucis. Par moment, au début, c'est pas évident de s'adapter au nouveau calendrier. Se dire «Alors, attends. Celui-là, il l'a pas eu ». Surtout dans les adultes car pour les enfants, ça va, on y arrive. Et puis si, le problème que j'ai eu cet été mais je ne me suis pas posé la question longtemps, c'est sur tous les dossiers d'inscription université, lycée, ils demandaient encore les vaccins, les rappels donc là, je me suis pas cassée la tête, j'ai expliqué à la famille : « normalement on devrait plus le faire à cet âge-là mais on va le faire quand même comme ça il sera en règle avec l'inscription ».

Ok. Très bien. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé pour cet entretien.

Entretien n°6

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, début d'après-midi avant ses consultations, téléphone non coupé)

Docteur, bonjour. Merci de me recevoir dans le cadre de cette étude. Pouvez-vous me présenter rapidement votre type d'activité en médecine générale et l'organisation que vous avez au sein même du cabinet ?

Alors, type d'activité en médecine générale... D'après les relevés de la sécurité sociale qui montre un petit peu le profil de notre clientèle, je me situe à peu près dans la moyenne. J'ai même une clientèle un peu plus jeune. Mais sinon une clientèle très diversifiée. C'est-à-dire que je fais de tout, du petit enfant à la personne âgée, gynéco, pédiatrie, voilà.

Vous n'avez pas de sous-spécialités ?

Si, sexologie. J'ai un DIU de sexologie ouais. Une petite pratique de sexologie qui n'est pas mise en avant car je ne l'ai mise nulle part, ni sur mes ordonnances, ni sur les plaques, tout ça. C'est que par le bouche à oreille de mes confrères qui le savent en fait.

Et comment êtes-vous organisés dans le cabinet ?

Nous avons une secrétaire avec un poste informatique. Dossiers médicaux informatisés en partage. On est deux associées femmes sur le cabinet et on tourne en fait à trois car on a une remplaçante qui est très présente, qui nous fait à chacune un jour par semaine, tous nos congés et nos formations. Donc en fait on est trois à tourner sur deux bureaux. Malheureusement, on est un peu à l'étroit... Ah oui, et la particularité qu'on a un peu aussi c'est que depuis janvier, on a une infirmière Asalée, qui travaille avec nous deux et Mr. X avec lequel on devait s'associer... Ça devait se faire avec des nouveaux locaux en janvier 2014 mais on a de gros soucis pour justement, enfin, c'est un problème avec le bailleur qui a eu des soucis pour la construction de ces locaux. Donc on avait le projet d'avoir un cabinet de groupe à trois médecins plus un bureau ; donc quatre bureaux, trois médecins et l'infirmière Asalée.

Donc vous n'envisagiez pas d'aménager votre cabinet actuel ?

En fait on est vraiment à l'étroit, surtout pour le secrétariat. Et on voulait travailler à trois médecins plutôt que deux et puis avec l'infirmière Asalée il faudrait qu'on ait quatre bureaux quoi. Et cinq, ce serait encore mieux car quand on a une urgence...ou si après un jour on a des stagiaires...Mais ça reste un projet à moyen terme.

D'un point de vue plus personnel, quelle est votre expérience de praticien face à la vaccination ?

Alors, moi je suis pro-vaccination. C'est-à-dire que j'essaye au maximum à ce que tous les vaccins recommandés par les autorités de santé soient faits par mes patients. Je trouve qu'en pédiatrie c'est de plus en plus facile, notamment avec le vaccin « hexa », l'acceptation du vaccin hépatite B se fait vraiment plus facilement. J'ai beaucoup de difficultés là avec le vaccin de la grippe car j'ai récupéré une clientèle qui n'avait pas été motivée sur ce thème-là. Du coup, j'ai encore beaucoup de croyances erronées de la part de mes patients qui pensent qu'ils vont être encore plus malades, enfin voilà, des choses comme ça... Y en a vraiment que je n'arrive pas du tout à convaincre pour se faire vacciner pour la grippe. Les messages qui sont diffusés par la sécurité sociale, tout ça, sont pas très... Finalement ne portent pas trop leurs fruits. Moi, j'arrive pas à faire vacciner ceux qui ne veulent pas se faire vacciner. Mais le reste en pédiatrie, les enfants que je suis, ils ont tout au maximum. Le papilloma virus, là, à 11 ans... Du coup, c'est quand même concentré. Il y a beaucoup de vaccins à faire en deux ans chez les bébés. Et ensuite on part, là, à 11 ans avec le pool « tétra + papilloma virus », il faut y penser aussi... Parce qu'ils viennent pas pour ça ! A chaque consultation, ils viennent pour autre chose donc faut en parler, faut donner des dépliants, faut essayer de convaincre... Il y a une adhésion globale des patients mais je pense qu'il faut expliquer, qu'il y a encore des réticences, des gens qui entendent des émissions dans les médias, qui sont persuadés que la vaccination c'est encore pire que de ne pas se faire vacciner... Euh... Donc faut rester calme, avoir des arguments quand même, essayer de convaincre...et puis parfois ça porte ses fruits.

Je crois que vous aviez, aussi, une expérience en maison de santé...

Oui, alors j'ai travaillé quelques mois à Grenoble, parce que j'habitais à Grenoble avant, en centre de santé. Donc c'est l'AGECSA, l'Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs sur Grenoble ; donc il y a plusieurs pôles, voilà, j'ai travaillé là. C'était une expérience vraiment intéressante parce que on est généraliste mais on est salarié. Du coup, on n'a pas la gestion du paiement, le cabinet est fourni, on a juste à faire de la médecine sauf que sur certains points, on n'a pas l'équipement que j'ai ici d'un point de vue informatique. On est plus confortable maintenant en libéral mais c'était une philosophie vraiment intéressante car il y avait tout un travail d'équipe, il y avait moins de notion d'appartenance des patients, ils pouvaient passer d'un médecin à l'autre, c'était moins comme dans le libéral... Et puis... Si on a une infirmière Asalée c'est peut être aussi de part cette expérience-là parce que moi j'ai commencé à travailler là-bas avec deux professionnels en échange...voilà. Les secrétaires participaient aussi à nos réunions, étaient au courant des problèmes médicaux... C'était vraiment pas du tout la même philosophie que le médecin isolé dans son cabinet.

Et concernant les pratiques au niveau de la vaccination... ?

Donc au niveau de la vaccination, les vaccins étaient fournis aux patients, payés par le conseil général. On avait un frigo avec toutes les vaccinations recommandées, sauf le papilloma virus. Et donc, dès que les gens venaient pour autre chose, s'ils avaient pas de fièvre et tout ça, et qu'on voyait dans le carnet de santé ou sur leur dossier que le vaccin était pas à jour, on leur disait : « tiens, je vais en profiter, je vois que vous êtes pas à jour, vous voulez bien faire le vaccin, allez hop, on le fait tout de suite ». Donc on allait chercher dans le frigo le vaccin et il était fait. Et du coup la couverture vaccinale était optimum dans ces quartiers là en tous cas.

Est-ce que par hasard vous saviez comment vous étiez alimentés en vaccin ?

Là-bas ? Au centre de santé ?

Oui.

C'est le conseil général de l'Isère qui fournissait les vaccins pour le centre de santé.

D'accord. Vous n'êtes pas au courant du protocole en place, qui était le fournisseur initial, le mode de transport... ?

Non... Je pense que c'était acheté par le conseil général, qui recevait et puis qui nous livrait. C'était moi qui gérait le frigo d'ailleurs donc on avait une comptabilité, dès qu'il y en avait un qui manquait, on faisait une commande...

Quelles étaient vos obligations de surveillance... ?

Pour le frigo, oui, on vérifiait le froid, le nombre de vaccins, les dates de péremption... Mais il y avait un turn over rapide donc y avait pas de perte ou de vaccins périmés... On était au moins, sur le centre de santé où je travaillais, six ou sept médecins. Avec chacun une clientèle importante.

Et pensez-vous que ce mode de fonctionnement puisse s'appliquer en médecine libérale ?

Oui, bien sûr. Il suffirait d'avoir un petit stock dans son frigo. Mais je pense qu'on le fait déjà un peu... Ici, on a un frigo, on a un petit stock donc ça marche déjà un peu. Il n'y a pas beaucoup plus de contraintes...

Quel est votre ressenti sur l'acceptabilité des patients à la vaccination immédiate lors de l'étude à laquelle vous avez participé ?

Je ne les ai pas senti réfractaires... S'ils viennent, qu'ils sont en état d'être vaccinés et qu'on leur propose, eux ça leur évite de revenir juste pour ça... Par contre, là où c'est difficile à gérer pour nous, c'est dans notre temps de consultation parce que s'ils viennent carrément

pour autre chose... Ça peut prendre du temps aussi de faire cet acte-là... Ils peuvent être un peu surpris mais si on leur dit : « on en profite pour faire ça » et qu'ils peuvent le faire maintenant, oui, c'est mieux...

Et avez-vous eu l'impression d'avoir été limité au niveau quantité de vaccins, stockage ou réapprovisionnement ? Dans quelles mesures ?

Non, pas vraiment. C'était dans un temps très court... Mais non, pas de souci particulier.

Vous êtes-vous mis en relation avec un pharmacien pour refaire votre stock pendant l'étude ?

Non, j'en ai pas eu besoin.

De quelle manière envisageriez-vous de vous équiper pour cela si vous deviez modifier votre cabinet ou alors changer de lieu comme vous aviez prévu de le faire ?

De toute façon, dans notre frigo, on met pas grand-chose d'autre que des vaccins... Donc, sinon, à part le frigo...

Et ce mode de fonctionnement vous paraît adapté dans un cabinet ? Même d'un point de vue financier ?

C'est vrai dans le centre de santé, c'était pas moi qui payait. Là, la différence quand on est libéral, on peut avoir un investissement de départ mais... Ou alors s'arranger avec une pharmacie à proximité... Quand on est à côté d'une pharmacie, ça simplifie aussi les choses...

Selon vous, y-a-t-il des vaccins qui soient plus adaptés à ce genre de pratiques ?

Peut-être le dTP... Et puis les vaccins des enfants quoi ? Après le papilloma virus, j'ai l'impression qu'on doit plus expliquer, c'est pas encore un vaccin intégré... D'ailleurs la couverture est pas très très bonne parce que...voilà. Et puis nous si on doit faire l'investissement, ça vaut 123 euros l'injection...

(Interruption car sonnerie téléphone, conversation téléphonique pendant 28 secondes...)

Sinon, après, pour la grippe...ça me semble compliqué. Parce que si j'arrive à les convaincre sur le coup, qu'ils acceptent et puis qu'après ils me disent : « ah, non finalement on voulait pas ». Et qu'ils ont un pic fébrile dans la semaine qui suit... Ouais, ça me semble plus dur avec la grippe... Car en plus c'est des personnes âgées, qui sont parfois un peu fragiles ou influençables. Si on leur met la pression, ils peuvent accepter mais après nous le reprocher... C'est comme avec... J'ai remarqué avec l'hexavalent, pourtant j'essaie d'expliquer mais y a des gens qui avaient pas compris qu'il y avait l'hépatite B dedans. Et après ils ont mal réagi, « vous nous aviez pas dit, il y avait l'hépatite B à l'intérieur ! ». Donc, voilà, je pense qu'il faut quand même bien expliquer ce qu'on fait, qu'ils l'acceptent... Après, c'est vrai qu'on passe notre journée à faire des consultations multithématiques, donc faut avoir le temps. Une

consultation où il y a que un vaccin, c'est vrai qu'on n'a pas forcément l'impression d'avoir fait grand-chose. Maintenant, tous les rappels vaccinaux pour la grippe, ça nous échappe, ce sont les infirmières qu'ils le font... Et tant mieux parce que, ces consultations à 23 euros juste pour faire un vaccin...

Quelles sont les remarques ou les idées que vous aimeriez apportées sur cet entretien ou sur la vaccination en général ?

Je trouve que les autorités de santé, bien qu'elles nous donnent des consignes à respecter, ne nous aident pas trop dans l'acceptabilité de la population par rapport à la vaccination. Ils nous disent de faire ça mais après... Bon, il y a une campagne qui a été faite contre la grippe mais je ne sais pas ce qu'il faudrait faire pour que les gens n'aient plus une mauvaise image de la vaccination, notamment après ce qu'il s'est passé avec la grippe H1N1... Ca on me le ressort tout le temps... Et puis, voilà, nous appuyer dans cette démarche, d'essayer de prévenir les maladies par la vaccination auprès de la population quoi... Des fois j'ai l'impression, j'me sens un peu seul avec ça. Je suis pro-vaccins mais des fois on rame un peu parce qu'on est pas forcément soutenu... On se dit si il y a un nouveau scandale, comme il y a pu avoir pour l'hépatite B, sur un vaccin... Mettons que par exemple le papilloma virus, que dans dix ans, on se rende compte que ça provoque telle ou telle chose, est-ce que les autorités de santé vont nous soutenir en disant « ben oui, c'était bien recommandé, ils ont fait leur travail » ou est ce qu'ils vont nous enfoncer... ? On peut se poser la question. Voilà.

D'accord. Très bien. Je vous remercie. Merci beaucoup.

De rien.

Entretien n°7

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, début d'après-midi avant ses consultations, téléphone non coupé, refuse la caméra en sa direction, ne souhaite pas être filmé)

Docteur, bonjour. Merci de me recevoir dans votre cabinet pour cet entretien. Tout d'abord, pouvez-vous me présenter de manière globale votre type d'activité en médecine générale et l'organisation de votre travail au sein du cabinet ?

Ici, on est quatre. Moi, j'ai une activité assez diversifiée, je suis installée depuis deux ans. Une activité plutôt axée gynéco-pédia et jeunes adultes. Je dois avoir 30% de moins de 15 ans, 30% de moins de 45 ans. Etant nouvelle installée, j'attire toute la patientèle...euh, comment dire ?...tout ce que mes associés n'ont pas pu prendre en consultation, notamment les enfants, sur des consultations de dernière minute. Et mes associés ne prennent plus trop de nouveaux patients donc toutes les nouvelles arrivées aussi, c'est souvent moi. Voilà. Donc, on est quatre, trois femmes, dont moi, un homme. Les trois filles, on fonctionne à peu près de la même façon, je pense que notre associé, lui, travaille un peu différemment, fait un peu moins de gynéco, ça c'est sûr. Et je pense qu'il a une patientèle un petit peu plus âgée aussi. Le cabinet est assez récent, construit en 2010 également.

Et concernant vos outils de travail... ?

On est informatisé, les contenus des dossiers sont partagés. C'est Mediclick©...je sais pas si c'est important... Il y a pas mal de patients qui naviguent d'un médecin à un autre, avoir tout en commun, c'est quand même mieux. Ça aide aussi nos secrétaires qui sont sur place.

C'est un cabinet assez récent mais avez-vous envisagé une possible évolution au sein de votre cabinet ?

Il y a une possibilité d'extension...faire deux ou trois bureaux supplémentaires... Ce sera probablement nécessaire dans les années à venir mais pas dans l'immédiat.

Et aujourd'hui, quelle est la pièce réservée à ce qui est plus « logistique » ?

On a une salle de repos où on peut prendre nos repas. Et puis on a un réfrigérateur pour tout ce qui est médicament dans une « remise » qui est dédiée au matériel médical avec les vaccins et les désensibilisations notamment. Tout ce qui est perso, c'est à part.

D'un point de vue plus personnel, quelles est votre expérience en tant que praticien face à la vaccination ?

Je suis surtout les recommandations. En général, les patients ne posent pas trop de questions et respectent également les recommandations, notamment en pédiatrie.

Concernant l'étude à laquelle vous avez participé il y a quelques mois, quelles ont été les réactions ou l'acceptabilité des patients face à la vaccination immédiate ?

Bonne. C'est quelque chose... Cette façon de faire, on l'avait déjà adopté au cabinet avant de faire l'étude. Finalement, si on a accepté de la faire, c'est qu'honnêtement ça ne changeait pas grand-chose à nos habitudes de fonctionnement. Donc ils sont habitués car on leur propose de toute façon quand on en a... Ce qui est souvent le cas. Après, il y a toujours des gens qui préfèrent avoir le temps de se préparer vis-à-vis des vaccinations, remettre à une consultation ultérieure mais en général, c'est bien accepté quand même. Surtout s'il y a un retard ou si le délai est dépassé, ils acceptent facilement oui.

Donc vous avez déjà ce mode de fonctionnement. Mais comment fonctionnez-vous pour vous procurer et gérer vos vaccins ?

Et bien on en a d'avance. S'il arrive que le patient ait oublié son vaccin ou l'ait pas acheté parce qu'il pensait qu'on pouvait pas le faire, que c'était contre-indiqué ou autre...et bien on va le prendre dans la réserve et juste après il nous le ramène quand il a été à la pharmacie, il nous redépose le sien.

Et votre stock de départ, vous le constituez comment ?

Alors, ça, c'est une bonne question ! Je crois qu'on a du faire une commande au départ à la pharmacie... Par exemple, pour tout ce qui est grippe, on en a, de la pharmacie, qui sont arrivés. On doit en avoir comme ça qui arrivent de temps en temps... On n'a pas eu de difficultés de stock ou de conditionnement...

Avez-vous une pharmacie à proximité ? Vous fonctionnez avec quelqu'un en particulier ?

Moi, j'habite pas ici donc j'ai pris mes vaccins pour l'étude dans une pharmacie près de chez moi à Poitiers. Je les ai transportés dans des petits sachets isothermes mais je suis pas sûre que les patients le fassent à chaque fois, ça. Pour mes associés, je ne suis même pas sûre qu'ils se soient procurés les vaccins de suite... Sinon, on fonctionne avec la pharmacie de N... habituellement.

Donc pour vous, avoir les vaccins au cabinet c'est plutôt quelque chose de positif qui ne changera pas vos pratiques parce que vous le faites déjà...

Oui.

...Par contre, quelles pourraient être vos difficultés si vous deviez mettre en place quelque chose de plus « structuré, protocolaire » ?

Vous voulez dire faire ça en systématique ?

Oui, notamment. Quelque chose qui se rapprocherait des conditions en pharmacie...

C'est un peu plus contraignant. Déjà le fait que ce soit pas tout le temps systématique... Car ya des consultations où on n'a pas le temps non plus, enfin... On est pris par le temps. Et si c'est pas indispensable, je ne vais pas le proposer à chaque fois... Par exemple, le dTPolio, entre 11 et 13 ans, ça va, on a 2 ans, on va pas le faire à la minute. Pour des ptites consultations où ya pas grand-chose, on est juste un peu en retard, je vais le faire systématiquement. Après le proposer systématiquement, le proposer tout le temps et le faire à chaque fois... Non, c'est contraignant. Je pense que ça sera pas fait correctement, déjà. Et avoir la contrainte de s'assurer que le stock est bien... Ça parait difficile à suivre après. Ca fait encore un truc de plus à surveiller.

Pensez-vous que certains vaccins soient plus adaptés ?

Bof. C'est vraiment le principe du dépannage que je trouve bien. Pour le HPV, par exemple, ya vraiment des cas où ya des oublis, on s'en rend compte à la limite de l'année écoulée et on peut encore le faire du coup. Pour les autres, la grippe, on en a. Mais je suis pas sûre que ce soit bien pour la couverture vaccinale d'avoir des vaccins de grippe en réserve. Les gens qui veulent le faire, ils le font, ils se les procurent, ils vont le chercher. Mais quelques HPV en stock, je pense que ce serait pas mal.

Pensez-vous y perdre une consultation, que ce soit d'un point de vue financier ou préventif ?

Non. Apres, ça dépend des cas. Il y en a qui viennent avec plusieurs motifs et rajouter ça en plus, ça fait encore autre chose. Non je pense pas. Les enfants on les voit quand même assez souvent à ces âges-là, pour des rhinos, pour pas mal de choses donc c'est l'occasion de faire de la prévention aussi. Le rajouter dans une consultation, ça me pose pas de problème. De toute façon, les examens systématiques du nourrisson, il y a quasi toujours une vaccination donc pas de souci... C'est déjà le cas.

Avez-vous des remarques à ajouter, de manière générale ou concernant l'étude ?

Sur la vaccination en général, non. Moi j'avais quelques interrogations sur le vaccin anti-méningite. Jusqu'à quel âge ça a vraiment un intérêt de le faire ? Une fois raté le coche de l'entrée en collectivité, est-ce que ça a vraiment un intérêt... ? Je sais pas. J'ai pas trop d'avis sur ce vaccin en fait. Lequel ? Il y en a plusieurs sortes, je sais pas trop... Non, je ne vois rien d'autre à ajouter...

Bon, très bien. Merci beaucoup.

Ah oui, juste... Le truc qui pêche sur notre mode de fonctionnement actuel, ce sont les patients qui vont chercher le vaccin et qui nous le ramènent ensuite. Et ça, des fois ya des ratés et même si on a la boîte quand ils reviennent, on peut avoir des doutes sur le transport...

Entretien n°8

(Médecin généraliste installé à son bureau, au cabinet médical, dans l'après-midi, au milieu de ses consultations, téléphone non coupé, refuse la caméra en sa direction, ne souhaite pas être filmé, présence d'une tierce personne interne en médecine générale)

Docteur, bonjour. Merci de me recevoir dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, pouvez-vous me présenter succinctement votre type d'activité en médecine générale et l'organisation que vous avez au sein de votre cabinet ?

Alors moi, au niveau de l'activité, c'est plutôt très jeune. Je fais beaucoup de pédiatrie, c'est plus de 40% de ma patientèle. Très peu de personnes âgées. On fonctionne à quatre médecins et un remplaçant régulier sur les jours de repos. On a un secrétariat et un système informatique partagé.

Vous pratiquez davantage une activité plus spécialisée en particulier ?

Non, médecine générale.

Avez-vous envisagé une possible évolution au sein du cabinet ?

Oui, on envisage éventuellement dans l'avenir une extension en fonction du nombre de médecins. Pour un médecin ou infirmier, rien n'est fixé. On a gardé la possibilité de faire agrandir. On a aussi une pièce de repos et une pièce de stockage pour les médicaments avec un frigo dédié pour les vaccins notamment.

Quelle est votre expérience plus personnelle face à la vaccination ?

Je suis plutôt pro-vaccination. Il y a quelques parents qui sont réticents parfois et qui refusent la vaccination jusqu'à l'entrée à l'école où ça devient obligatoire mais ça reste très exceptionnel.

Vous avez plutôt une patientèle qui adhère ?

Oui, très largement.

Au sujet de l'étude à laquelle vous aviez participé il y a quelques mois, quelle a été l'acceptabilité du patient face à la vaccination immédiate ?

Très bonne. Après on fonctionnait déjà comme ça. On essaie d'avoir un stock de vaccins dans le frigo pour permettre de vacciner rapidement ou lors des oublis des vaccins par les parents chez les petits. Donc on les a en stock puis ils ramènent ensuite les vaccins qu'ils ont soit chez eux, ou qu'ils vont chercher à la pharmacie. Et chez les adultes, ça arrive effectivement de le proposer tout de suite, notamment lorsque j'ai le doute ; est-ce qu'ils vont revenir rapidement ou pas ? Dans ce cas-là je le propose tout de suite.

A ce moment-là, comment faites-vous pour récupérer le vaccin avancé ?

Je fais une prescription en leur demandant de le redéposer rapidement à la secrétaire ou à moi-même. C'est le patient qui le ramène.

Et comment vous êtes-vous constitué votre stock de départ ?

Au départ avec les labos. On a réussi à en avoir comme ça et on essaie de faire tourner le stock. Avec les enfants et les jeunes parents qu'on voit régulièrement, ils sont assez compliants.

Et pas de difficulté pendant l'étude ?

Non, puisqu'on a déjà ce fonctionnement avec frigo dédié à tout ça.

Pensez-vous possible ou nécessaire de faire évoluer votre manière de procéder vers quelque chose de plus protocolaire au sein du cabinet ? Concernant l'approvisionnement ou la surveillance des stocks ?

Pour la température, on avait mis le thermomètre...et il y est peut-être encore. Pour la surveillance, ce n'était pas trop contraignant, je regardais tous les jours. Après, concernant des choses plus poussées, c'est difficile...

Pensez-vous que certains vaccins soient plus adaptés que d'autres dans ce fonctionnement ?

Tout ce qui est dTPolio, tous les vaccins pédiatriques qui sont faits très régulièrement où on a un petit stock. C'est utile chez les petits où les parents oublient et bien là, je le fais avec le stock. Sinon, on prescrit et généralement ils reviennent rapidement dans la semaine.

Avez-vous l'impression d'être davantage dans une logique pratique, de dépannage ou plutôt d'action de santé publique sur la couverture vaccinale ?

Et bien les deux. Le but c'est quand même d'améliorer la couverture vaccinale. Après, c'est vrai il y a un côté dépannage avec la population jeune, active, on peut leur éviter de revenir, de reprendre rendez-vous... Là on est dans le dépannage. Mais l'idée première c'est quand même augmenter la couverture vaccinale. On est souvent dans le cadre de la consultation préventive.

Avez-vous des choses ou des remarques particulières à rajouter concernant la vaccination en générale ?

Les personnes sont plutôt contentes du nouveau calendrier vaccinal qui est plus léger. Après, jusqu'à quand il y aura d'autres adaptations... ? Ça change régulièrement, après... Pour l'instant on est comme ça mais on verra dans les années qui viennent. C'est ce que je leur dis, ça risque encore d'évoluer...

Entretien n°9

(Pharmacien installé dans une salle de repos dans une pièce annexe à l'officine, en début d'après-midi, pas de téléphone, refuse la caméra dans sa direction, ne souhaite pas être filmé)

Merci de me recevoir pour cet entretien. Tout d'abord, pouvez-vous me présenter rapidement votre type d'activité générale et votre organisation de travail au sein de votre pharmacie ?

C'est la délivrance et la vérification des ordonnances médicales avec un regard des médicaments et les interactions entre les médicaments ; mais aussi la délivrance des ordonnances avec une vérification des prises de médicaments antérieurs pour chaque patient, en vérifiant que l'ordonnance qui est délivrée, qui n'est pas forcément celle du médecin habituel, correspond bien et ne pose pas de problème avec le traitement habituel.

Vous avez peut-être d'autres types d'activités également ?

Alors, autre activité, c'est délivrance et suivi de l'oxygène, délivrance de matériel médical, probablement liée au fait que l'officine est semi-rurale. Donc, livraison de lit, de matériel de maintien à domicile avec une forte activité dans ce domaine et aussi pour les femmes allaitantes avec un développement de tire laits et suivi de l'allaitement maternel.

Quelle est l'équipe à vos côtés ? Quels sont vos outils informatiques ?

L'officine a deux pharmaciens, un pharmacien titulaire, un pharmacien adjoint ; quatre préparateurs et une apprentie...bientôt. Et nous avons un logiciel (Alliance Plus©) qui permet le suivi des tiers payants et du stock.

En tant que pharmacien, avez-vous une expérience particulière face à la vaccination ?

Pas tellement... Ce qu'on a surtout, c'est un rapport direct avec les gens qui nous expliquent leur rapport à la vaccination, c'est-à-dire des choses qu'ils n'osent pas tellement dire au médecin, parfois, nous, on l'a avec des questions sur ce qui est obligatoire, ce qu'il ne l'est pas, ce qui est dangereux ou pas... « Le médecin m'a dit de faire ça, je n'ai pas envie de le faire, comment faire pour ne pas le faire ? ». Dans ce qu'on essaie de faire, c'est favorisé la vaccination, c'est d'expliquer aux gens que les vaccins sont nécessaires, qu'il est facile de ne pas vacciner d'un point de vue civique son enfant si tous les autres sont vaccinés... Donc c'est un petit rôle de santé publique et aussi civique. A mon avis.

En tant que professionnel de santé, quelles sont les difficultés et les contraintes auxquelles vous êtes confrontés dans l'acheminement et la gestion des stocks des vaccins ?

Dans la région, il peut y avoir des tempêtes ou des soucis électriques. Au départ, j'avais un frigo plein de vaccins parce que je déteste les manquants. Sauf que par deux fois, mon frigo est tombé en panne à cause de tempête et mon assureur ne m'a pas remboursé la totalité du contenu des frigos car on a un montant remboursé qui est lié à un pourcentage du chiffre d'affaires. Et pour moi, la somme présente dans mon frigo était supérieure au pourcentage du chiffre d'affaire remboursable dans un réfrigérateur. Donc j'ai pris l'initiative de diminuer mon stock de vaccins, tout en ayant une offre importante mais en ayant un turn-over plus important ; c'est-à-dire que je ne fais plus de direct, je n'achète plus directement au laboratoire, même si les conditions commerciales sont plus intéressantes, j'achète uniquement par un grossiste avec deux livraisons par jour tout simplement pour diminuer le nombre de produits dans mon réfrigérateur. Je perds de l'argent mais au moins, si ya un souci, j'ai moins de chose dans mon réfrigérateur.

Au niveau de l'acheminement et du conditionnement...

Alors notre grossiste a un système, c'est-à-dire que nous recevons des caisses qui sont vertes et les caisses de froid sont rouges. Donc l'idée c'est, à la réception des commandes, les caisses rouges sont déballées de façon prioritaire pour être rangées immédiatement au réfrigérateur. Ensuite, pour la délivrance des vaccins, on demande aux gens s'ils rentrent directement chez eux ou pas. Si ce n'est pas le cas, on a des petites poches isothermes qui permettent le transport du vaccin, même si c'est payant pour les pharmaciens.

Est-ce que vous aviez envisagé de brancher votre réfrigérateur sur un générateur de secours par exemple ?

Alors mon réfrigérateur n'est pas branché sur un générateur de secours spécifiquement parce que c'est très compliqué. Mais par contre j'ai investi dans un système de secours qui en cas de panne d'électricité va alimenter mon frigo, deux postes informatiques et les portes automatiques. Si la nuit ya un problème, contrairement à un congélateur, un réfrigérateur c'est quatre heures. Et au bout de quatre heures, tout est mort. Sauf l'insuline qui peut être conservée a température normale pendant un mois et peut-être certains vaccins très spécifiques...

Concernant les surveillances de stock...

Nous on a un réfrigérateur avec un système de suivi de température et prise de la température toutes les demi-heures. C'est un système électronique, une petite machine dans le frigo et tous les mois j'imprime ce qu'il a enregistré et en plus on a un calendrier tous les jours où on note la température dans le frigo pour une double surveillance.

Je suppose que ce n'est pas un frigo commun ?

Alors c'est un frigo commun mais il est « pour la pharmacie ». C'est-à-dire que la seule chose qui change c'est qu'il y a une porte vitrée et des « clayettes », c'est-à-dire un système de tiroir à l'intérieur. Mais au départ c'est le même système qu'un réfrigérateur normal.

Je vais vous présenter un protocole de surveillance et de respect de la chaîne du froid pour les vaccins, avec différents points. Pouvez-vous me dire qu'elles sont les choses qui diffèrent ou qui sont identiques à votre façon de procéder ?

Bon, le premier point il est fait... « Dès leur réception ils doivent être.... ». C'est ce qu'on fait avec l'histoire des caisses rouges qui sont rangées en priorité. « Doivent être maintenues entre 2 et 8 degrés... ». Ça, c'est aussi fait. *(Continue à lire le protocole sans possibilité de compréhension orale...)*. Bon, ya pas d'entretien régulier mais s'il bipe, moi, je fais venir quelqu'un immédiatement... (...) Après, mon thermomètre... Il est pas étalonné, j'espère qu'il est bon... Après, nos vaccins sont collés les uns aux autres, ils ne sont pas séparés pour le flux d'air... (...) Sinon, tout ça, c'est les règles qu'on suit...

Y a-t-il quelque chose que vous faites en plus peut-être... ?

Euh...non, je vois pas...

Que pensez-vous de la possibilité d'avoir sur place au cabinet du généraliste la mise à disposition des vaccins ?

Moi je trouve que c'est une bonne idée. Ça peut éviter les erreurs, parce que moi je ne reprends pas de vaccins. Tous vaccins sortis, on reprend pas. C'est du froid et on sait pas trop comment ils ont été conservés... Éventuellement, ce qui pourrait être intéressant c'est mettre un stock tampon au cabinet médical, avec une dizaine de vaccins et faire tourner ce stock régulièrement sous le contrôle du pharmacien... Ça pourrait être bien. Ce serait comme une sorte d'avance de trésorerie...

Avez-vous déjà eu l'impression que certains cabinets fonctionnaient déjà comme ça ?

Je pense qu'il y a des cabinets qui ont déjà des vaccins mais c'est pas du tout cette méthode-là. On m'a déjà rapporté dans ce cas des kilos de vaccins périmés. C'est plutôt les gens qui vont se faire vacciner, qui sont malades ou pour x raisons le vaccin n'est pas fait, ils le prennent et ils le mettent dans leur réfrigérateur pour l'utiliser la prochaine fois sauf que la fois suivante, on y pense plus, ou c'est utilisé pour une autre personne et à la fin ça revient en périmé.

Est-ce que tout cela vous paraît réalisable dans les mêmes conditions de surveillance et conditionnement de stock qu'en pharmacie ?

Je pense qu'il faudrait un réfrigérateur de type pharmacie mais beaucoup plus petit. Il faudrait un système de prise de température automatique avec le pharmacien qui peut

passer une fois par mois pour vérifier les péremptions et sortir toutes les températures qui sont dans le réfrigérateur. Après, c'est bonne relation entre médecins et pharmaciens.

Vous n'y verriez pas une perte financière au niveau de votre activité ?

Si c'est un échange, un stock tampon, si les produits sont pris à l'officine et que c'est le pharmacien qui gère un peu, y a pas de souci. Après effectivement, si les vaccins viennent directement du laboratoire, alors là...

Vous qui avez une activité en zone semi-rurale, vous êtes peut-être lié à plusieurs cabinets médicaux, ça vous paraît faisable de faire ça dans plusieurs cabinets ?

On peut le faire dans plusieurs cabinets, ça pose aucun problème. On peut le faire dans certains cabinets et pas dans d'autre, ça pose aucun problème. Après, c'est un choix des médecins, plus qu'un choix des pharmaciens. Après, il faut voir comment faire le système, si on met un stock en place, comment il est facturé au médecin...après, ça...c'est un « accord » on va dire... Mais moi ça me paraît pas une mauvaise idée.

Et quels seraient les effets sur la couverture vaccinale selon vous ?

Ça peut améliorer la couverture vaccinale, faut pas avoir peur de perdre des patients. Dans le sens où ils vont se retrouver au sein du cabinet médical, on va leur dire « j'ai le vaccin je vous le fais », ils vont pas oser dire non et peut-être qu'ils risquent de ne pas apprécier. Ça peut être un contre-argument. Il se peut que les gens se retrouvent « enfermés », qu'ils aient pas le temps de réflexion nécessaire et aujourd'hui avec ce qu'il se dit sur les vaccins, il faut se méfier. Il faut beaucoup en parler, qu'il y ait plusieurs voix qui viennent vers eux et que le pharmacien aussi joue son rôle.

Merci beaucoup.

Annexe 6

US(1) : La diversité de la pratique médicale n'empêche pas d'être « pro-vaccination »	E5 E6 E7 E9
US(1/2) : Le dossier médical informatique partagé est nécessaire pour une bonne pratique médicale	E3 E4 E6
US(2) : Intérêt du repos hebdomadaire en activité de groupe pour une bonne pratique	E1 E3 E6
US(3) : Respect et du suivi des recommandations du calendrier vaccinal	E3 E6 E7E8
US(1/2) : Le praticien doit être convaincu, critique, informer, convaincre, négocier, corriger, relancer, respecter le libre arbitre	E2 E3 E5 E6 E7
US(2) : Nécessité du réflexe du contrôle du statut vaccinal dans sa pratique	E4 E5 E6
US(1) : Quelques difficultés d'adaptation du praticien aux modifications de calendrier vaccinal	E1 E5 E7
US(3) : Protection vaccinale : un avantage individuel et collectif	E1 E3

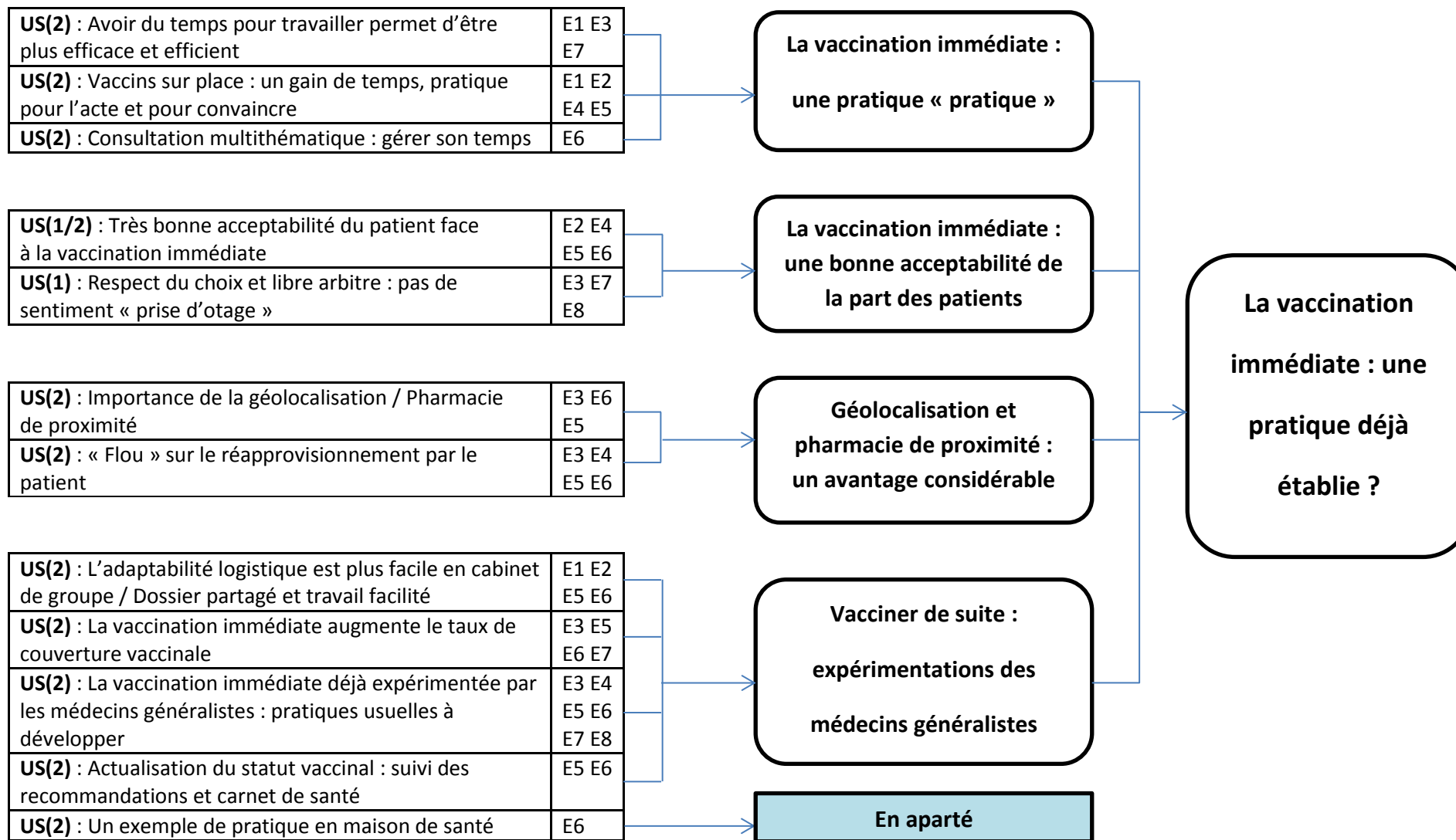
US(1) : Les médias ont une influence négative sur la population / Médecin « vendeur »	E1 E3 E6
US(1/2) : Désorientation et suspicion des patients face aux changements du calendrier vaccinal	E3 E4
US(2) : Mais pourtant adhésion et suivi du discours du praticien dans la plupart des cas / Une nuance possible selon les vaccins	E1 E2 E3 E4 E5
US(1) : Moins de réticences en pédiatrie et aide du conditionnement vaccinal (hexavalent)	E6
US(1) : Les patients jeunes et actifs adhèrent plus facilement à la vaccination	E4 E5 E6 E8

**Nécessités / Difficultés
de la pratique
vaccinale**

**Les patients face à
la vaccination**

**Le praticien :
un rôle primordial
au sein de la santé
publique**

Annexe 7



US : Unité de Sens

(1/2/3) : Référence aux catégories de Peirce (Priméité, Secondéité, Tiercéité)

E : Entretien n°

Annexe 8

US(1/2) : Pas de difficulté logistique au 1 ^{er} plan / Implication des secrétaires / Achat 1ers vaccins	E3 E5 E6
US(2) : Absence du test de réapprovisionnement / Etude précédente réalisée sur un délai trop court	E4 E5 E6 E7
US(2) : Stockage des vaccins avec condiments alimentaires	E5
US(3) : Contrôle température du frigo : une nouveauté accessible dans la surveillance	E3 E5 E6 E8
US(1) : Sentiment de non limitation logistique / Pas de réelle nécessité d'adaptation / « Logistique déjà adaptée »	E3 E4 E6
US(2) : Stock de vaccin minimaliste doit suffire	E4
US(1/2) : Difficultés à la gestion de stock selon période annuelle et l'activité du médecin	E1 E4
US(1/2) : Protocole surveillance des pharmaciens plutôt complet	E9
US(1) : Prise de conscience sur la surveillance de la température	E3 E4

**Décalage de perception
entre l'univers logistique
et les pratiques médicales
usuelles**

**Un univers logistique
à adapter :
ouverture sur un
protocole ?**

US(1) : Doute sur le soutien des autorités de santé face aux accidents vaccinaux et aux aides financières	E1 E2 E6
US(2) : Frigo à usage médical exclusif : + simple en groupe	E2 E4
US(1/2) : Implication/utilité des secrétaires /pharmaciens pour procédures simples de gestion et réapprovisionnement de stocks	E3 E9
US(1) : Le changement logistique est un investissement à envisager selon des aides financières.	E2
US(1) : L'adaptation logistique serait une contrainte d'aménagement et de désorganisation du cabinet médical	E1
US(1) : Générateur de secours, turn-over du stock, protocole de surveillance...Des difficultés pour les généralistes	E9
US(1) : Le stock tampon : au bon vouloir des professionnels ?	E9

**Nécessité d'adaptation :
Aide financière et logistique**

US : Unité de Sens

(1/2/3) : Référence aux catégories de Peirce (Priméité, Secondéité, Tiercéité)

E : Entretien n°

Annexe 9

Procédure de respect de la chaîne du froid Groupe « vaccination immédiate » Etude du Dr Emilie RETHORE-BERTHOME

1. Les vaccins doivent toujours être transportés dans des contenants qui ont été validés pour garantir le maintien des températures requises tout au long de la chaîne de transport et jusqu'à la dispensation (mis à disposition par les grossistes).
2. Dès leur réception, les vaccins doivent être immédiatement placés dans le réfrigérateur.
3. Ils doivent être maintenus entre 2 et 8°C dès leur réception et jusqu'à leur administration.
4. Le réfrigérateur doit être en bon état, régulièrement entretenu.
5. Il doit être équipé d'un thermomètre digital minima-maxima en bon état et étalonné.
6. La température du réfrigérateur doit être lue et notée une fois par jour et les données conservées.
7. Les vaccins doivent être entreposés dans leurs boîtes d'origine dans le réfrigérateur, de sorte qu'on puisse bien les identifier.
8. Il doit y avoir suffisamment d'espace entre les boîtes de vaccins pour que l'air y circule adéquatement.
9. Il ne doit pas y avoir d'aliments ni de boissons dans le réfrigérateur où sont entreposés les vaccins.
10. Les vaccins ne doivent pas être entreposés dans la porte du réfrigérateur.
11. Le vaccin doit être sorti du réfrigérateur seulement pour son utilisation immédiate.

RESUME

Introduction : La loi de santé publique de 2004 préconise d'atteindre ou de maintenir, selon les maladies, un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés, d'ici l'horizon 2020. Une étude de 2013 réalisée auprès des généralistes de la Vienne montre que la détention et la conservation d'un stock de vaccins est un moyen efficace d'amélioration de la couverture vaccinale. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs inhérents à cette pratique à travers le regard des médecins généralistes qui ont participé à ce précédent projet.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs avec questionnement auprès de 10 professionnels de santé du département de la Vienne. Après saturation des données, une analyse phénoménologique et pragmatique du verbatim retranscrit intégralement dans ce travail a été réalisée. Elle permet de faire émerger des catégories signifiantes et d'envisager les préceptes qui influencent les généralistes à la réalisation de la vaccination immédiate.

Résultats : La vaccination confère « une protection individuelle et collective » dont « l'amélioration » repose notamment sur la connaissance du « statut vaccinal du patient » et la « confiance » envers son médecin généraliste. La pratique de la vaccination immédiate par un stock de vaccin au cabinet médical reste un fait « déjà expérimenté » par les praticiens mais dont le déroulement n'est pas clairement acté. Une « approche critique d'adaptation logistique » est envisageable, tournée vers la réglementation pharmaceutique et la collaboration rapprochée de médecins et pharmaciens de secteur.

Conclusion : La vaccination immédiate est un bon moyen d'améliorer la couverture vaccinale mais il est nécessaire d'en structurer la pratique.

Mots clés : couverture vaccinale, vaccination immédiate, recherche qualitative, phénoménologie pragmatique, médecin généraliste.

SERMENT



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 !



RESUME

Introduction : La loi de santé publique de 2004 préconise d'atteindre ou de maintenir, selon les maladies, un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés, d'ici l'horizon 2020. Une étude de 2013 réalisée auprès des généralistes de la Vienne montre que la détention et la conservation d'un stock de vaccins est un moyen efficace d'amélioration de la couverture vaccinale. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs inhérents à cette pratique à travers le regard des médecins généralistes qui ont participé à ce précédent projet.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs avec questionnement auprès de 10 professionnels de santé du département de la Vienne. Après saturation des données, une analyse phénoménologique et pragmatique du verbatim retranscrit intégralement dans ce travail a été réalisée. Elle permet de faire émerger des catégories signifiantes et d'envisager les préceptes qui influencent les généralistes à la réalisation de la vaccination immédiate.

Résultats : La vaccination confère « une protection individuelle et collective » dont « l'amélioration » repose notamment sur la connaissance du « statut vaccinal du patient » et la « confiance » envers son médecin généraliste. La pratique de la vaccination immédiate par un stock de vaccin au cabinet médical reste un fait « déjà expérimenté » par les praticiens mais dont le déroulement n'est pas clairement acté. Une « approche critique d'adaptation logistique » est envisageable, tournée vers la réglementation pharmaceutique et la collaboration rapprochée de médecins et pharmaciens de secteur.

Conclusion : La vaccination immédiate est un bon moyen d'améliorer la couverture vaccinale mais il est nécessaire d'en structurer la pratique.

Mots clés : couverture vaccinale, vaccination immédiate, recherche qualitative, phénoménologie pragmatique, médecin généraliste.