Année 2018/2019 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Claire MARTIN

Née le 10 janvier 1989 à LA ROCHELLE (17)

TITRE

Freins et facteurs favorisants de la prescription du vaccin anti méningococcique C par les médecins généralistes d'Eure et Loir

---

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine - Tours
Membres du Jury : Professeur Hervé WATIER, Immunologie, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Faculté de Médecine -Tours
Directeur de thèse : Docteur Anne Lazarevitch, Médecine Générale - Tours

RESUMÉ

Introduction : La vaccination est le principal moyen de prévention des infections invasives à méningocoque C, qui représentent un enjeu majeur de santé publique. En France, les vaccinations sont très majoritairement réalisées par le médecin généraliste. L'objectif de cette étude est d'analyser les motivations et les freins des médecins généralistes d'Eure et Loir face à la prescription du vaccin anti méningococcique C.

Matériel et méthode : Etude qualitative d'évaluation des pratiques professionnelles par entretiens semi-dirigés et focus group auprès de médecins généralistes d'Eure et Loir, de juin 2018 à mars 2019. Après enregistrement et retranscription intégrale, une analyse thématique du contenu des verbatims a été effectuée afin de mettre en évidence les facteurs favorisants et les freins à la prescription de ce vaccin.

Résultats : 20 médecins généralistes ont été interrogés lors de 11 entretiens. La saturation a été atteinte au bout du 8ème entretien. L'analyse thématique a permis de mettre en évidence 7 thèmes principaux (le vaccin en lui-même, la pathologie pour laquelle il protège, le vécu du praticien, sa pratique quotidienne, la relation médecin-patient, les aspects pratiques et les aspects de santé publique) ; regroupant 28 facteurs au total.

Conclusion : Les principales motivations évoquées ont été l'obligation vaccinale, la mission de santé publique et la relation de confiance médecin-patient. La cohésion des pratiques entre confrères dans les maisons de santé pluridisciplinaires et cabinet de groupe peut aussi être considérée comme un facteur favorisant. Les freins mis en évidence ont été majoritairement le manque d'information à disposition des professionnels, le manque d'explications et d'études disponibles ; mais aussi la faible prévalence des infections invasives à méningocoque. La communication par les médias a été mise en avant à la fois comme un frein et comme un facteur favorisant.

Mots clés : Vaccination, méningocoque C, infection invasive à méningocoque, médecine générale

ABSTRACT

Introduction: Vaccination is the main way of preventing invasive meningococcal C infections, which amounts to a major public health issue. In France, vaccines are generally administered by the general practitioner. The aim of this study is to analyse the motivation and the constraints of the general practitioners of Eure et Loir department regarding the prescription of meningococcal C vaccine.

Material and method: Qualitative study of evaluation of professional practices by semi-directed interviews and focus groups with general practitioners of Eure et Loir, between june 2018 and march 2019. After recording and writing a full transcription, a thematic analysis of the contents of the verbatim reports was carried out in order to highlight the contributing factors and the obstacles to the prescription of this vaccine.

Results: 20 GPs were interviewed in 11 interviews. Saturation was reached at the end of the 8th interview. The thematic analysis highlighted 7 main themes (the vaccine itself, the pathology that it protects from, the practitioner's experience, his daily practice, the doctor-patient relationship, the practical aspects and the aspects of public health) ; totaling 27 factors.

Conclusion: The main motivations evoked were the obligation to vaccinate, the public health mission and the trust between doctor and patient. The cohesion of practices between colleagues in multidisciplinary health centres and group practice can also be considered as a factor. The constraints highlighted were mainly the lack of information available to professionals, the lack of explanations and available studies; but also the low prevalence of invasive meningococcal infections. Communication through the media has been highlighted as both a restraining and a contributing factor.

Keywords : Vaccination, Injection, meningococcal C, invasive meningococcal disease, general practice

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel ..... Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent ..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine ..... Pédiatrie
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa ..... Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry ..... Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi ..... Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna ..... Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric ..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique ..... Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck ..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent ..... Physiologie
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe ..... Biologie cellulaire
ROSSET Philippe ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie
TOUTAIN Annick ..... Génétique
VAILLANT Loïc ..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs
POTIER Alain ..... Médecine Générale
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie
DENIS Frédéric ..... Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe ..... Néphrologie
GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie
GUILLON Antoine ..... Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille ..... Immunologie
IVANES Fabrice ..... Physiologie
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno ..... Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques

MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille ..... Médecine légale
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte ..... Thérapeutique
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure ..... Génétique
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
BOREL Stéphanie ..... Orthophonie
MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage – orthophonie
NICOGLOU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire ..... Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie
MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez agréer l'expression de mon profond respect.
À Messieurs les Professeurs Hervé Watier et Emmanuel Gyan. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail, et d'avoir accepté de le juger. Veuillez accepter ma sincère reconnaissance.

À ma directrice de thèse, Docteur Anne Lazarevitch. Je te remercie de m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité, ton aide et tes conseils.

À toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cette étude :
À tous les médecins interrogés pendant ce travail de thèse. Merci pour votre accueil, merci d'avoir bien voulu m'accorder un peu de votre précieux temps. Ce travail a été réalisé grâce à vous.
À Elodie pour ton aide, tes conseils, ta relecture.
À Camille pour ton aide lors du codage.
À Magali pour la partie anglaise.

Au personnel médical et paramédical croisé pendant ces années d'externat et d'internat.
Merci pour ce que vous m'avez appris, tant au sur le plan professionnel que personnel.
Aux co-internes et co-externes qui ont égayé mon parcours : merci pour ces bon moments !
À mes maîtres de stage ambulatoires. Merci pour tout ce que vous m'avez appris. Vous avez conforté mon choix de la Médecine Générale (et des bons repas !)
Aux médecins que j'ai remplacés et à ceux que je remplace encore. Merci pour votre confiance, votre écoute, vos partages.

À mes parents, merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve en me lançant sur cette voie inconnue. Merci pour votre soutien moral et matériel durant ces longues années. Merci encore Maman pour ton aide.
À Cécile. Le chemin est tracé, reste à poursuivre ta route. Je te souhaite toute la réussite et le bonheur que tu mérites.

À mes amis :
À la bande Pictavienne : Aude, Chloé, Céline, Sarah, Mathilde, Maxime & Valentine (vivement octobre 2020 !), Bastien et Marc. Merci pour ces années de fac à vos côtés, ces merveilleux moments passés avec vous, ces soirées, ces révisions, ces conférences... Merci pour ces débats pluridisciplinaires sur *MiamMiam,* et pour nos retrouvailles à chaque fois plus géniales. Je ne doute pas que cette amitié durera encore longtemps malgré notre éloignement géographique. Merci les filles pour nos belles vacances et tous ces souvenirs, qui m'ont donné le goût du voyage (et de créer des livres photos !).
À la team Montargoise, Camille, Elodie, Ida, Hélène & Edouard, Lateefat. Plus que des co-internes, un premier semestre qui nous a permis de tisser de vrais liens d'amitiés. Merci pour ce début d'internat, pour tout ce que l'on a partagé, et tout ce qu'on partagera dans les années futures.

Aux Chefs pâtissiers Philippe Conticini, Christophe Michalak, Cyril Lignac et les autres, qui partagent leurs recettes. Les réaliser et les manger sont un plaisir et une passion.

À Antony. Merci de partager ma vie. Merci pour ton aide, ta présence, ton soutien, tes attentions, ta gestion du quotidien. Merci de m'avoir soutenue et encouragée dans ce travail, comme dans tout ce que j'entreprends. Je nous souhaite de continuer à concrétiser de beaux projets ensemble.

ABRÉVIATIONS

ACI Accord Conventionnel Interprofessionnel

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CVE Carnet de Vaccination Électronique

DUMG Département Universitaire de Médecine Générale

EBM Evidence Based Medicine

EHESP École des Hautes Études en Santé Publique

HAS Haute Autorité de Santé

HCSP Haut Conseil de la Santé Publique

HPV Human PapillomaVirus

IIM Infection Invasive à Méningocoque

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG Médecin Généraliste

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU Maître de Stage Universitaire

SASPAS Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG Société Française de Médecine Générale

URPS Union Régionale des Professions de Santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION....12
MATÉRIEL ET MÉTHODE....14
1. Type d'étude....14
2. Entretiens....14
3. Enregistrement et retranscription....15
4. Analyse....15
5. Considérations éthiques....15
RÉSULTATS....16
1. Description des données....16
2. Thèmes mis en évidence....19
2. 1 À propos du vaccin....19
2. 2 À propos de la pathologie....20
2. 3 Le vécu et la pratique du médecin généraliste....21
2. 4 La relation médecin – patient....23
2. 5 Les aspects pratiques....25
2. 6 Les aspects de santé publique....26
DISCUSSION....28
1. À propos de l'étude....28
2. Les facteurs favorisants....29
2. 1 La pathologie....29
2. 2 Le vécu du MG....29
2. 3 Les pratiques du MG....29
2. 4 Les aspects pratiques....29
2. 5 Les aspects de santé publique....30
3. Les freins....31
3. 1 Le « vaccin-bashing »....31
3. 1 Manque d'intérêt....31
3. 2 La pratique des MG....31
3. 3 Aspects de santé publique....34
OUVERTURES ET PISTES D'AMELIORATION....35
CONCLUSION....38
BIBLIOGRAPHIE....39
Annexe 1 : Guide d'entretien....41
Annexe 2 : Durée des entretiens....42
Annexe 3 : Détail du codage 43

INTRODUCTION

Les infections invasives à méningocoque (IIM) se traduisent par une méningite ou une septicémie, parfois par une arthrite ou une péricardite septique. L'incidence de ces pathologies à déclaration obligatoire est de 0,91/ 100 000 habitants en France métropolitaine, soit 546 cas en 2017. Elles sont un enjeu majeur de santé publique du fait d'une mortalité dans 12% des cas et de séquelles physiques ou neurologiques dans 20% des cas (1).

27,9% de ces IIM étaient de sérogroupe C. La létalité associée aux IIM de groupe C est de 14%, soit 21 décès en 2017 en France.

La vaccination en est le principal moyen de prévention. Elle stimule la production d'anticorps bactéricides protégeant l'hôte contre une infection invasive. Les vaccins disponibles sont dirigés contre les méningocoques des sérogroupes A, C, Y et W135. Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B, mais des vaccins à base de protéines de membrane externe sont en cours d'évaluation (2).

Le vaccin dirigé contre les méningocoques de sérogroupe C est un vaccin conjugué. Son schéma vaccinal actuel consiste en une injection à 5 mois et un rappel (si possible avec le même vaccin) à 12 mois, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans (3). La couverture vaccinale du méningocoque C en France progresse. Elle est de 72,6% à l'âge de vingt-quatre mois en 2017. L'immunité de groupe, nécessaire à la protection des nourrissons et des personnes non vaccinées, dépend de la contagiosité de la maladie. Elle est le plus souvent atteinte pour une couverture vaccinale supérieure à 90% (4).

L'étude de Lorton et Chalumeau, en 2018, a montré que la morbimortalité des infections à méningocoques pourrait être réduite de 25% grâce à une meilleure mise en œuvre des programmes de vaccination (5). Larson, en 2016, montre que la France est le pays le plus vaccino-sceptique au monde (6). De 2005 à 2010, l'adhésion à la vaccination dans la population française a diminué de 90% à 61,5% (7).

A partir de 1998, devant une incidence des IIM à plus de 1500 cas par an, le Royaume-Uni instaure une vaccination systématique contre le méningocoque C dès l'âge de 2 mois jusqu'à l'adulte jeune. En 2001, les premiers résultats ont montré qu'une immunité de groupe existait, permettant de protéger de façon indirecte la population non vaccinée. Elle était acquise grâce à un taux de couverture vaccinale supérieur à 90% (8), atteinte en 3 ans seulement.

En 2010, la vaccination contre le méningocoque C est introduite dans le calendrier vaccinal français. Elle fait suite à un avis du HCSP (9), qui prend en compte l'augmentation de l'incidence des IIM de sérogroupe C, les stratégies vaccinales mises en place dans d'autres pays et leur portée. En 2016, un nouvel avis du HCSP (10) prend en compte l'évolution de l'épidémiologie des IIM, la couverture vaccinale et l'impact de l'insuffisance vaccinale. Le ministère de la santé publie des recommandations qui préconisent l'ajout d'une dose du vaccin méningococcique C à l'âge de 5 mois, suivie d'une dose de rappel à l'âge de 12 mois.

En 2016, une concertation citoyenne est mise en place à la demande de la Ministre de la Santé, pour débattre de la confiance dans la vaccination et des moyens d'amélioration des taux de couverture vaccinale. Un comité constitué de citoyens, de chercheurs en sciences humaines et sociales et de médecins et chercheurs experts est constitué, épaulé par l'agence Santé Publique France. Il en résulte six propositions, dont la dernière est d'élargir

temporairement le caractère obligatoire des vaccinations inscrites sur le calendrier vaccinal (11). Le Gouvernement Français a donc voté en 2017 une loi qui rend temporairement obligatoires, pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, 8 vaccins supplémentaires jusqu'alors recommandés (dont le vaccin anti-méningococcique C), en complément des 3 vaccins déjà obligatoires (12). Cette obligation temporaire a pour but d'obtenir une couverture vaccinale permettant d'assurer une immunité de groupe.

En France, les vaccinations sont réalisées dans 90% des cas par le médecin généraliste (13). Selon la thèse qualitative de Jean-Charles CODRON en 2017 (14), certains médecins ne proposaient pas le vaccin anti-méningococcique à leurs patients, privilégiant les vaccins obligatoires à l'époque. La thèse de Julien SOENEN, soutenue en 2014, a montré que le manque d'information des patients était un facteur de non-vaccination, et que les patients citaient la recommandation du médecin comme étant le facteur principal ayant influencé leur décision (15).

A ce jour, peu d'études s'intéressent aux motivations des médecins généralistes concernant la prescription ou non du vaccin anti-méningococcique C.

L'objectif de cette étude est d'analyser les motivations et les freins des médecins généralistes d'Eure et Loir face à la prescription du vaccin anti méningococcique C.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type évaluation des pratiques professionnelles, réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en Eure et Loir. Le recueil des données a été réalisé par entretiens individuels semi-dirigés et focus group.

2. Entretiens

2. 1 Population

Les premiers entretiens individuels se sont déroulés auprès de mes maîtres de stage et de médecins rencontrés au cours de ma formation. Le recrutement s'est secondairement élargi auprès de praticiens non maîtres de stage, ou ayant une orientation homéopathique. Les focus group ont été réalisés auprès de la même population, au sein de maisons de santé ou de cabinets de groupe.

Les médecins ont été approchés par contact direct au sein de leur cabinet, ou par téléphone pour quatre d'entre eux.

2. 2 Dates et lieux

Les entretiens se sont déroulés de juin 2018 à mars 2019, jusqu'à saturation des données.

Ceux-ci ont été réalisés soit dans le bureau du médecin, soit dans la salle de pause de la maison de santé ou du cabinet de groupe. Un focus group a été réalisé dans un endroit reculé d'un restaurant.

2. 3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une analyse de la littérature sur le sujet et d'hypothèses émises. Il a été testé sur les deux premiers entretiens, puis la trame a été ajustée au fil de la réalisation des entretiens. Le même guide a été utilisé à la fois pour les entretiens individuels et les focus group. Il comporte 3 axes : une première sur les généralités concernant la vaccination, une seconde sur la pratique du médecin généraliste, et une troisième sur la vaccination anti-méningococcique C. (Annexe 1)

Avant l'entretien, les médecins interrogés étaient seulement informés du thème général de l'étude, par l'utilisation du terme « vaccination ». Ils ne connaissaient pas l'objectif de cette étude avant, afin de recueillir leur pratique. Le caractère anonyme des données collectées et la possibilité de se rétracter de l'étude à tout moment leur étaient notifiés.

Avant le début de l'enregistrement, les médecins ont rempli une fiche d'identification. Ont ainsi été recueillies les informations suivantes : le sexe, l'âge, l'année de début d'exercice et l'année d'installation, le mode d'exercice, le type d'installation, l'activité éventuelle de Maître de Stage Universitaire (MSU) et le type d'étudiant accueilli (externe, interne en stage de niveau 1 ou de SASPAS) pour chaque médecin interrogé.

3. Enregistrement et retranscription

L'enregistrement des entretiens s'est fait par une application de dictaphone sur smartphone pour les trois premiers entretiens, puis par un dictaphone. Ce dernier était débuté après obtention du consentement oral des participants.

Ils ont été retranscrits en verbatims manuellement sur un logiciel de traitement de texte. Les données non verbales n'ont pas été recueillies.

4. Analyse

Les verbatims ont été analysés par la méthode d'analyse thématique du contenu. La codification et la catégorisation ont permis de réaliser une première grille, ajustée au fil du codage. Un deuxième codage a été effectué par Camille Barnicaud, médecin généraliste inscrite en année de thèse, permettant une triangulation des données.

5. Considérations Ethiques

Un avis a été pris auprès du Comité d'éthique et du responsable de protection des données de Tours. Les données collectées dans cette étude étant anonymisées, une déclaration auprès de la CNIL n'était pas nécessaire.

Le consentement de chaque participant a été recueilli avant le début des enregistrements.

RÉSULTATS

1. Description des données

1.1 Les médecins

Huit entretiens individuels semi-dirigés et trois entretiens de groupe (ou focus group) ont été réalisés, ce qui représente onze entretiens et vingt médecins généralistes interrogés.

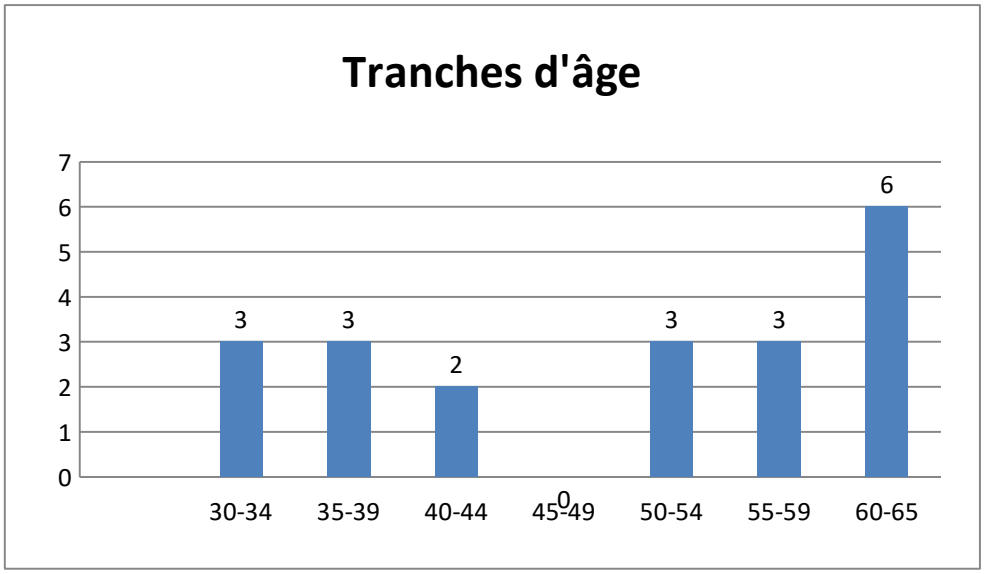
Deux médecins, contactés par téléphone, ont refusé de participer à cette étude.

Numéro de l'entretien	Age	Sexe	Année de début d'exercice	Année d'installation
E1	44	M	2005	2013
E2	60	M	1985	1985
FG1	56	M	1989	1993
FG1	53	M	1995	2000
FG1	58	M	1991	1991
E3	42	F	2005	2008
E4	36	F	2010	2013
FG2	31	M	2016	2017
FG2	32	F	2016	-
FG2	38	M	2010	2016
FG2	33	F	2013	2015
E5	63	F	1984	1984
E6	60	M	1985	1988
E7	64	M	1985	1985
E8	52	F	1998	2003
FG3	38	F	2010	2012
FG3	60	M	1987	1990
FG3	61	M	1984	1984
FG3	54	F	1992	2015
FG3	58	M	1990	1993

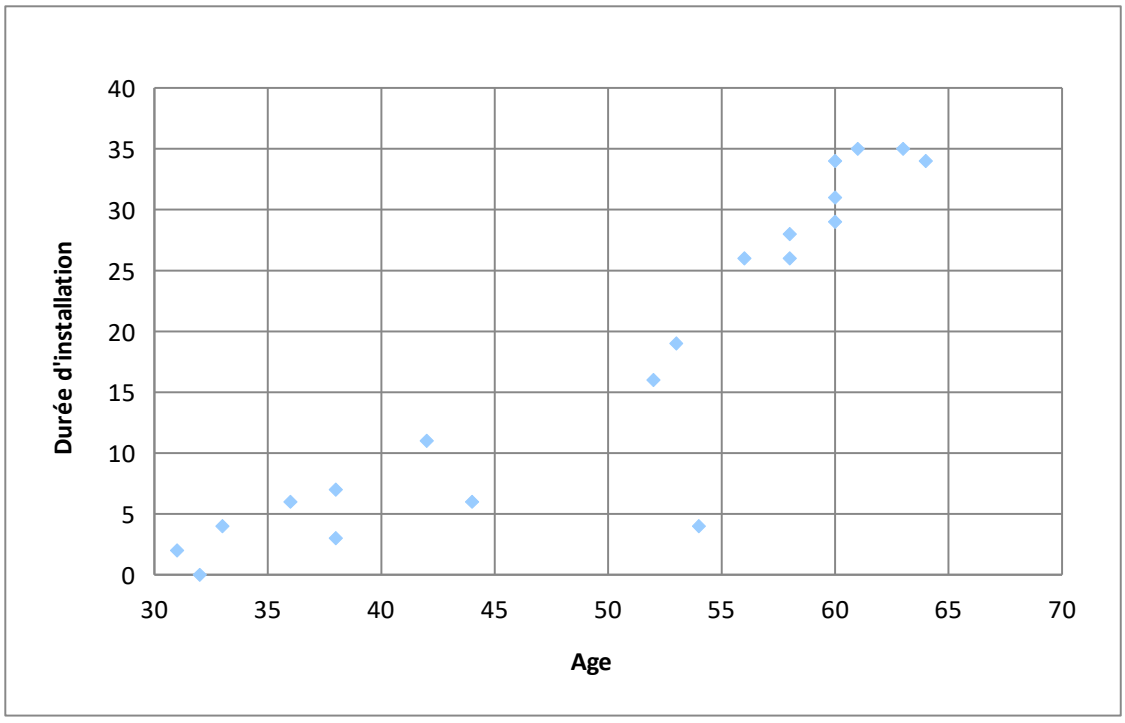
Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés

Le tableau 1 résume les caractéristiques des médecins interrogés.

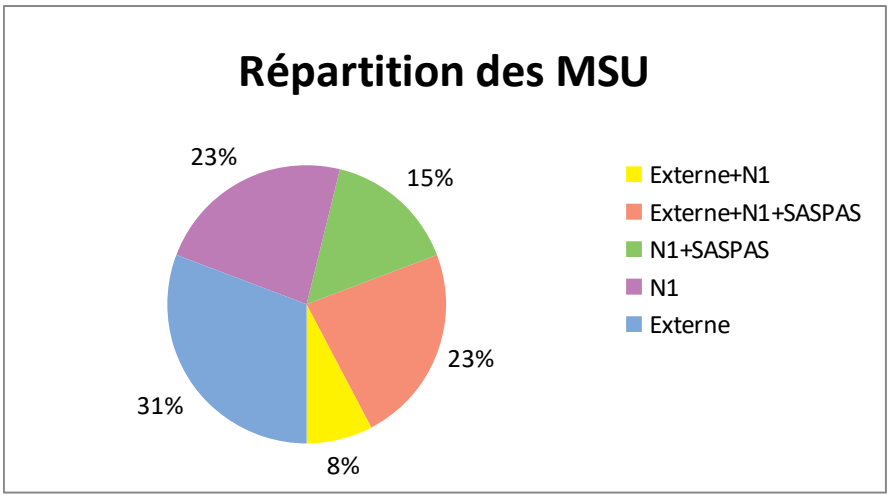
L'âge des médecins interrogés va de 31 à 64 ans, soit une moyenne de 49,5 ans. La durée d'exercice allait de 3 à 35 ans, pour une moyenne de 21,5 ans. La durée d'installation moyenne était de 19 ans. Une médecin est remplaçante, non installée.



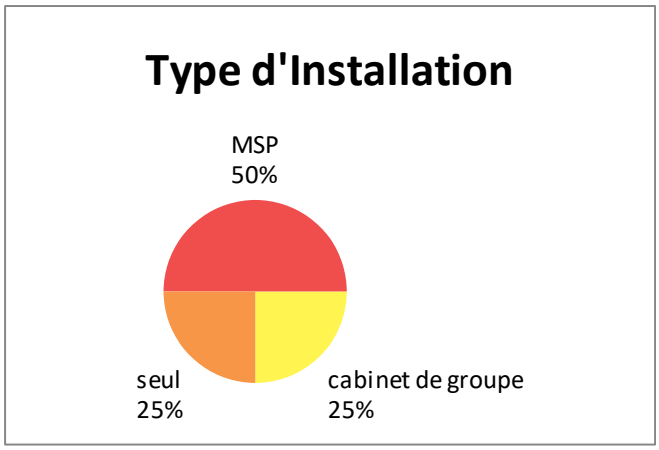
La figure suivante représente la durée d'installation en fonction de l'âge des médecins. La progression, plutôt linéaire, nous confirme que ces deux paramètres sont en relation étroite. La durée de remplacement avant installation varie peu dans cet échantillon. On peut noter quelques exceptions : une médecin remplaçante, un médecin ayant remplacé de nombreuses années, et deux médecins auparavant salariés.



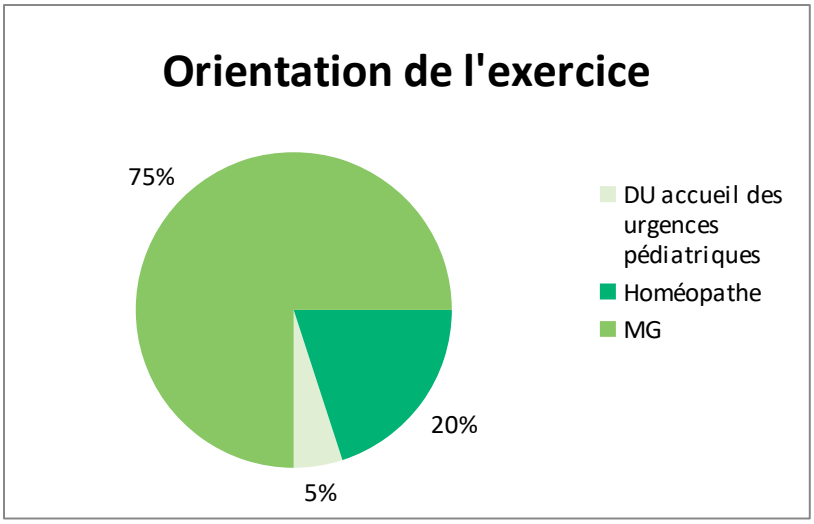
13 médecins interrogés sur 20 sont Maîtres de Stage Universitaires. 31% d'entre eux n'accueille que des externes, et 23% que des internes de premier niveau. Ces résultats sont corrélés à l'âge des praticiens, puisqu'il est nécessaire d'exercer depuis plus de 3 ans pour accueillir un interne. Les MSU accueillant des internes SASPAS doivent justifier d'un accueil d'internes de premier niveau pendant 3 ans également.



Ils sont 75% à être installés en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (MSP).



1. 2 Leur pratique



4 médecins ont une orientation homéopathique, ils sont sur-représentés ici. Un médecin est titulaire d'un Diplôme Universitaire d'accueil aux urgences pédiatriques.

Ils sont 7, soit 35% des interrogés, à avoir une affiche sur le thème de la vaccination visible dans leur salle d'attente. Une médecin a disposé des flyers à disposition, dont un concernant les IIM.

Le pourcentage de patientèle pédiatrique va de 10 à 35%, en moyenne 23% de la patientèle.

1. 3. Les entretiens

Les entretiens ont duré entre 7 et 33 minutes, 18 minutes en moyenne. (Annexe 2)

On a pu mettre en évidence 27 notions réparties en 7 thèmes. Le détail du codage est en annexe (Annexe 3). Le premier entretien a permis d'identifier 4 notions, le deuxième 8, et le premier focus group a mis en évidence 11 notions supplémentaires. La saturation des données a été atteinte à partir du huitième entretien.

2. Thèmes mis en évidence

2. 1. A propos du vaccin

Les praticiens ont discuté des sérotypes couverts. Beaucoup connaissaient le sérogroupe C, d'autres ont découvert la diversité des souches lors de focus group :

- *« Il ne couvre pas toutes les souches de méningocoque » E1*
- *« Ce vaccin, je ne le fais pas. Parce que j'ai peur que ça sélectionne les types, comme on a vu avec le Gardasil°. » E5*

Ils ont parlé des effets secondaires possibles ou probables. Certains en avaient constaté, d'autres rapportaient des cas d'autres praticiens :

- *« Un peu de réactions locales... » « ou alors des effets secondaires supposés : une myofasciite à macrophages » « des cuisses de bébé qui doublent de volume » « la fièvre, c'est plus fréquent ! » FG1*
- *« On est toujours sur la même chose médiatique […] c'est ce que j'appellerai de faux effets secondaires. […] toutes ces petites choses-là qui ne sont pas de réels effets secondaires mais qui font des polémiques » E4*
- *« Ce n'est pas parce que c'est bien de le faire qu'il n'y a pas d'effet indésirable. […] ce n'est pas anodin, un vaccin » FG2*

Deux médecins mettaient en avant la répétition des injection depuis le rajout temporaire de l'injection à 5 mois :

- *« Ça fait une piqûre de plus » E2*

Un médecin parlait de la durée d'immunisation :

- *« Cela pourra le protéger pendant un certain laps de temps, même si ça ne dure pas indéfiniment »*

Et un autre de l'aspect pratique :

- *« Donc moi je suis passée du Méningitec° au Neisvac°, alors pour un truc tout bête hein, le Méningitec° il y a une manipulation à faire, il est pas tout prêt... »*

Le sujet des adjuvants a aussi été abordé, surtout lors des entretiens avec des praticiens réticents ou se questionnant :

- *« Il y avait le Meningitec°, mais il a été retiré du marché. - Il faisait des réactions locales au point d'injection dans les 48 heures je crois. - Et puis il y avait un peu plus de sel d'aluminium » FG2*
- *« Je suis pour immuniser contre les maladies, pas forcément pour les vaccins tels qu'ils existent actuellement. - C'est à dire ? - C'est à dire qu'il y aurait d'autres moyens de renforcer l'action des vaccins autre que l'hydroxyde d'alumine […] C'est le problème d'adjuvant en fait. On est pas contre le vaccin, on est contre les adjuvants. » E5*

L'intérêt de ce vaccin a donc été exprimé de manière très différente :

- *« Je me dis que l'on a un vaccin, même si elle est anecdotique, mais potentiellement létale, ça vaut le coup de le faire quand même. […] On a peu de probabilité de l'attraper, mais cela reste une méningite, et il y a un vaccin qui est connu. C'est dommage de ne pas le faire alors qu'on a un vaccin efficace dessus. » E4*
- *« Il est complètement inutile ! » FG1*
- *« Ce vaccin, je ne le fais pas. » E5*

2. 2. <u>A propos de la pathologie</u>

La clinique des IIM, la sévérité et les complications possibles ont été évoquées :

- *« Ça donne des septicémies, avec un tableau qui peut être extrêmement violent » « méningite, purpura, formes généralisées » « maladie grave, potentiellement mortelle » « les méningites à méningocoque, ça tue » FG1*
- *« C'est une méningite foudroyante, celle dont vous entendrez parler dans les médias, en quelques heures vous êtes en réanimation » E3*

Ainsi que les alternatives préventives ou curatives possibles ou non. Pour certains, cette pathologie reste curable. Pour d'autres, le risque de séquelles est trop important :

- *« Maladie qu'on ne maîtrise pas autrement » E2*
- *« Bon ben, on les soigne. On les soigne et puis voilà. » E5*

La faible prévalence de la pathologie a été de nombreuses fois évoquée. C'est un facteur prépondérant pour les médecins généralistes dans la décision de prescription ou de non-prescription du vaccin :

- *« Je me dis que je vais vacciner toute ma patientèle alors que je ne verrai jamais cette maladie, l'intérêt est quand même assez minime... » FG1*
- *« Elle est un peu anecdotique […] elle est très peu fréquente, je ne sais pas si j'en verrai une dans ma vie » E4*
- *« En recrudescence en France » FG2*

Et, par conséquent, le risque d'exposition des patients a été maintes fois discuté :

- *« Pas forcément les souches auxquelles les enfants étaient le plus exposés dans nos régions » « je pense qu'il faut moduler en fonction du risque d'exposition des enfants, si les parents sont amenés à voyager, […] quel est l'âge d'entrée en collectivité, etc... » E1*
- *« Est-ce que ça vaut le coup de vacciner des millions de petits pour un méningo qui n'est pas chez nous ? » « des enfants qui sont pas forcément en danger » E5*

2. 3. Le vécu et la pratique du médecin généraliste

Les praticiens abordent souvent, parfois avant même la question, leur propre vaccination et celle de leurs enfants. Il est vrai qu'il faut être convaincu pour pouvoir convaincre :

- *« Ou bien, quelque chose qui revient souvent quand on est en confiance avec nos familles, il y a des mamans qui me regardent droit dans les yeux et qui me disent « Et vous, sur vos enfants, vous le faites ou pas ? » Et ça, c'est le meilleur argument du monde. » E3*
- *« Je n'ai pas l'impression que mes patients soient réticents à le faire, et lorsqu'ils sont réticents, il m'arrive de dire que je l'ai fait à mes enfants pour montrer que je suis convaincue. » E4*
- *« C'est un argument de vente ! » FG2*

Et parfois également leur expérience de cas (ou de non cas) dans leur patientèle :

- *« J'ai jamais rencontré de méningite de type C » E2*
- *« Les méningites à méningocoques, les méningites fulminantes, je n'en ai personnellement jamais vu. » E5*
- *« Moi j'en ai vu trois. […] Enfin trois en vingt-huit ans. » FG3*

Puis nous avons décrit leur pratique face à la vaccination anti-méningococcique C. Beaucoup admettent oublier de prescrire l'injection à l'âge de 5 mois :

- *« Celui que j'oublie facilement, parce que j'ai mis du temps à l'intégrer » « je mets du temps à changer mes habitudes » FG1*
- *« J'ai beaucoup oublié le méningocoque des 5 mois avec le nouveau calendrier vaccinal » E4*

Et le rattrapage remboursé jusqu'à 24 ans :

- *« Pour l'instant je le fais pas... Je commence à me sensibiliser sur les rattrapages » « J'ai pas encore réussi à l'intégrer dans ma consultation » FG1*
- *« J'y pense quand je vais regarder les vaccins jusqu'à 11 ans, mais après 11 ans, je ne pense pas à le proposer. […] je dirais qu'entre 15 et 24 ans, il y a un échappement » E4*

Certains mettent en évidence la notion de temps disponible et de charge de travail qui leur incombe. Cette notion est très souvent évoquée pour justifier les oublis de prescription (lors de l'injection à 5 mois et du rattrapage), elle revient également lorsque l'on parle d'explication aux parents réticents, ainsi que de la recherche personnelle d'informations sur le sujet :

- *« On a pas tant de temps que ça à donner, hélas, à répéter, répéter, répéter tout le temps la même chose » « c'est une lassitude générale, c'est le manque de temps » E2*
- *« Notre fatigue c'est les parents qui sont « contre » FG1*
- *« C'est rarement une seule fois. Il faut l'expliquer plusieurs fois. » FG2*

Trois médecins (hommes) évoquent aussi la notion de non-plaisir associée au geste de la vaccination :

- *« Ce n'est pas forcément un plaisir de vacciner les enfants en plus. Je trouve qu'il faut le faire parce qu'on doit le faire, mais s'il ne fallait pas le faire, j'aime autant. - Ah oui, à l'examen du 2e mois, c'est le truc que je déteste. » FG2*
- *« Les enfants, on les pique beaucoup, bon pfff, on leur fait mal, les produits brûlent, on n'y peut rien. » E7*

Concernant la formation et les informations disponibles, beaucoup de notions ont été discutées. C'est un des points les plus souvent mis en avant par les praticiens pour expliquer les questionnements ou réticences.

Plusieurs médecins mettent en avant les changements du calendrier vaccinal sans argumentation ou explication associée, ce qui les dérange. Notamment le rajout temporaire d'une injection à l'âge de 5 mois :

- *« Je ne me suis pas encore renseigné de savoir pourquoi, j'ai pas eu le temps » E2*
- *« Alors pourquoi maintenant, il y a une première dose à 5 mois ? Cela fait partie de mes interrogations aussi » E3*

On a discuté de la formation initiale et de la formation continue sur le thème de la vaccination. Les praticiens sont tous d'accord pour parler d'un manque de formation initiale sur le sujet, et d'une formation continue suffisante mais facultative, qui n'est donc pas dispensée à tous. Les laboratoires sont souvent cités comme une source d'information.

- *« La façon dont on nous parle de la vaccination est très molle par rapport à l'agressivité des structures anti-vaccinales » FG1*
- *« On ne nous apprend pas clairement à dialoguer autour des vaccins avec le patient » E3*
- *« le BEH, ils devraient nous l'envoyer systématiquement. Des fois tu te fais inonder par des conneries, et t'as pas les trucs comme ça » FG2*
- *« J'ai fait des FMC […] c'est pour nous présenter les connaissances actualisées mais il n'y a rien d'argumenté. […] C'est pour nous dire : Voilà, est-ce que vous êtes au courant de ce qui se fait actuellement ? Et il faut appliquer ça. » E6*

- *« Le problème, c'est qu'il y en a qui ne vont jamais aux formations. » E8*

Enfin, plusieurs fois la notion de manque d'étude disponible, ou de donnée issue de l'Evidence Based Medecine, est revenue :

- *« Et on ne fait pas d'étude en plus au niveau des vaccins. Moi, je cherche un peu. Il n'y a absolument pas d'étude chez le bébé, sur l'impact d'un vaccin sur sa santé […] Donc en fait, on n'a pas d'étude, on ne sait pas. » E5*
- *« Au niveau des vaccinations, on reçoit des tableaux mais il n'y a aucune argumentation, aucune explication. […] Je trouve que c'est un flou artistique sur les vaccinations, ce n'est pas argumenté du tout. Même en tant que médecin, on a les mêmes sources que les patients. J'ai un tableau, mais on ne me dit pas pourquoi, sur quelle étude. Il n'y a aucune étude. Enfin, en tout cas, nous, on les connaît pas. » E6*

Deux praticiens ont aussi parlé de leur manque d'explication à propos des adjuvants :

- *« Moi, je trouve qu'on est pas assez transparent. […] Je pense que si on enlevait ces zones d'ombre, il n'y aurait plus de souci. » E6*
- *« Nous, on sait que les laboratoires fabriquent, mais ce qu'il y a dedans, c'est vrai qu'on ne sait pas. » FG3*

Six médecins ont parlé du manque d'information disponible concernant le rajout d'une injection, les études et les adjuvants.

Concernant la formation, douze médecins ont évoqué ce thème. La plupart mettent en avant le manque de formation initiale dans le domaine de la vaccination, mais une formation continue globalement de bonne qualité.

La notion de média est apparue fréquemment, et ce dans plusieurs thématiques. A la fois évoquée comme « support » de l'information donnée au patient, et à la fois comme facteur influençant les patients réticents à la vaccination :

- *« on nous en parle moins qu'ils en parlent à la télé » FG1*
- *« A chaque fois qu'il y a des polémiques, tu entends des émissions à la radio, des choses » E7*
- *« et je leur parlais du fait que c'était le vaccin dont on parlait dans les médias quand il y avait un cas souvent qui se soldait par un décès. » E8*
- *« il y a tant de polémique sur Internet » FG3*

Enfin, trois médecins ont parlé de l'évolution voire de la disparition de certaines pathologies depuis la généralisation de la vaccination. Un médecin a dit attendre de voir des résultats de la vaccination anti méningococcique C avant de vacciner sa patientèle adolescente et adulte.

- *« C'est l'impression de jeter un coup dans l'eau, c'est tout ce que ça fait. Mais après, je surveille aussi les évolutions. Je veux dire par là que par exemple, au début du Prévenar°, je le faisais pas trop. Et puis au bout d'un moment j'ai constaté qu'on voyait plus d'otite purulente, bon bah y avait peut-être une raison... »*

2. 4. La relation médecin-patient

On d'abord mis en évidence des facteurs influençant le patient ou le médecin. Au niveau patient, ce sont surtout les médias qui sont cités :

- *« La religion cathodique, c'est la religion de la télé, la télé a dit. Ou internet a dit » FG1*

Au niveau des praticiens, ce sont surtout l'exemple des autres pays, ou ce que font les spécialistes :

- *« Je prends des exemples concrets sur d'autres pays » E3*
- *« À l'époque, les pédiatres, je parle de ça il y a 5 ans, disaient que ce n'est vraiment pas la peine de vacciner contre la méningite en France. » E5*

La notion de rumeur et surtout de croyance erronée est présente chez les patients :

- *« Je démonte la problématique en disant : vous savez, il y a souvent des fausses rumeurs et des fausses croyances » E3*

Des croyances erronées sont également à l'œuvre chez les médecins et constituent des freins à la vaccination anti-méningococcique C :

- *« Pour les filles, il m'arrive d'y penser quand je propose le Gardasil°, et quand elles acceptent, je n'ose pas en rajouter un, ou alors j'en parle et je le fais de façon annexe. » E4*
- *« Je n'ai pas reproposé en pensant qu'ils étaient anti-vaccination. […] Donc en fait, des fois, je pense qu'il y a une réticence du médecin en disant que si ça se trouve ils sont contre, mais si ça se trouve, personne ne leur a proposé. » FG2*
- *« Des fois, tu veux éviter le débat. - Oui, éviter le conflit. - Quand il y a trois gamins, on va se prendre la tête trois fois. En fait non, les gens ne sont pas forcément si réticents. C'est nous qui avons peut-être une réticence en pensant qu'ils sont contre, et qu'on va se prendre la tête avec eux... » FG2*

Les trois médecins ayant cette réflexion au cours de l'entretien et du focus group remettent en cause leurs idées préconçues.

Pour la majorité des médecins, leur discours est le facteur le plus important dans la prescription de la vaccination. Ils insistent sur la relation de confiance qui existe en médecine générale :

- *« J'ai l'impression que le discours suffit dans ma pratique, parce que je n'ai jamais eu de refus. […] Dans la vaccination systématique, cela ne m'est jamais arrivé d'avoir un refus de vaccination » E4*
- *« Il y a les les gens contre les vaccins et il y a les gens qui ne savent pas trop si on fait un vaccin de plus ? Ce n'est pas tout-à-fait la même chose pour moi » E4*
- *« Tout est un problème d'explication, en fait » E7*

D'autres n'en discutent tout simplement pas avec leur patient, ou peut-être pas assez :

- *« J'ai l'impression que plus j'en parle, plus je vais créer des questions, plus ça risque d'être compliqué » E2*
- *« Il fait partie des vaccins pour lesquels ils posent des questions je trouve » FG2*

Un autre point, soulevé trois fois, est la notion de responsabilité du praticien.

- *« Cela veut dire aussi que les parents ont acheté le vaccin mais ne se sont pas souciés de savoir ce qu'il y avait dedans. […] Les parents ont eu une confiance aveugle quelque part » E3*
- « *Alors après, je laisse mes patients choisir. Ceux qui veulent se faire vacciner contre certaines maladies, ils vont voir leur pédiatre. » E5*

Notamment lors d'un éventuel effet indésirable d'un vaccin, dans le contexte actuel d'une population de plus en plus procédurière. L'obligation vaccinale serait plutôt un facteur favorisant ici :

- *« A l'époque, si je faisais un vaccin non obligatoire, et s'il y avait une complication, en dernier recours, c'est moi qui suis responsable.[...] Par contre, si je fais un vaccin obligatoire, ben là c'est l'Etat qui indemnise. » E6*

2. 5. <u>Les aspects pratiques</u>

Un thème qui revient souvent lors des entretiens est la relative complexité du calendrier vaccinal, notamment lors de la primovaccination :

- *« Un programme vaccinal qui me paraît musclé » FG1*
- *« Consultations à ces moments-là qui sont assez chargées »* [dans les premiers mois de vie] *FG1*
- *« Au début de vie des nourrissons de 2 à 4 mois, on les embête déjà avec deux vaccins, il faut à nouveau rattaquer au 5e mois, donc j'ai du mal » E3*

La traçabilité des vaccinations antérieures a été discutée. Dans la majorité des cas, les praticiens notent les vaccins dans le logiciel métier, et dans le carnet de santé.

- *« Je les note dans l'ordinateur, et de temps à autres je scanne les carnets de santé […] c'est bien d'avoir une copie dans le dossier » E1*
- *« systématique ! Même le côté, tout ça » FG2*
- *« Ben nous, c'est un peu faussé parce qu'on tient à jour notre carnet de vaccination de chaque patient dans le logiciel. On est tous en réseau et on a la chance d'avoir une infirmière qui vient tous les 15 jours vérifier notre travail. » FG3*

L'âge des médecins n'est pas significatif pour ce thème, mais on note toutefois une majorité de MSU et de médecins installés en groupe évoquant cette notion.

On a aussi parlé de la documentation disponible en salle d'attente pour les patients. Une médecin avait disposé des flyers sur les IIM, d'autres avaient des affiches. Un médecin n'en ayant pas l'explique :

- *« Et je ne suis pas sûr que cela ait un impact. C'est un peu enfoncer des portes ouvertes. Les vaccins, c'est banal. » E6*

La cohérence de pratique est un point majeur. Plusieurs médecins en ont parlé, directement ou indirectement.

- *« On est très strictes là-dessus, ma collègue et moi, sur les vaccins. C'est vrai, un peu obsessionnelles là-dessus » E3*

Une autre notion abordée est la patientèle pédiatrique. L'intérêt du médecin généraliste pour la primo-vaccination est différent selon le pourcentage de pédiatrie dans sa patientèle.

2. 6. Les aspects de santé publique

La vaccination est aussi une mission de santé publique et une protection collective. Certains médecins l'ont abordé :

- *« ce n'est pas qu'une affaire individuelle, c'est une affaire aussi collective » FG1*
- *« c'est un enjeu de santé publique » FG2*
- *« Les gens ne comprennent pas l'histoire de santé publique » « Moi je dis aux gens : se vacciner, c'est aussi pour les autres. C'est un défi collectif. » FG3*

Mais aussi une protection individuelle, relevée par un médecin, d'autant que la prévalence des infections invasives à méningocoque est faible :

- *« donc en fait, quand ils nous font vacciner deux fois les enfants, c'est pour sauver peut-être un cas dans dix ans... » FG1*
- *« quand on aura une vaccination de masse, là ce sera intéressant, mais vacciner un gars comme ça au hasard, je vois pas l'intérêt. C'est la protection personnelle... Et comme le cas est extrêmement rare... J'ai l'impression de jeter un coup dans l'eau. » FG1*

La notion de coût du vaccin et de la vaccination pour la collectivité a été quatre fois abordée, mais a aussi été mise en avant la notion d'économie de la santé par rapport au gain effectif de santé :

- *« Pourquoi ils choisissent pas d'étendre la couverture alors ?* [aux autres souches] – *Question de coût sûrement ! » FG1*
- *« C'est dommage que l'on ne rembourse pas tout le monde » E3* [même après 24 ans]
- *« Mais comme cela coûterait beaucoup plus cher à fabriquer, on ne les fabrique pas » E5* [vaccins sans hydroxyde d'alumine ou sans phosphate d'alumine]
- *« Le problème c'est le coût de certains vaccins. Et le fric que se font les labos là-dessus » E8*

Enfin, une notion fondamentale, abordée par tous les médecins de façon directe ou indirecte, est celle de l'obligation vaccinale. Celle-ci a majoritairement facilité la pratique des médecins généralistes, notamment vis-à-vis des parents réticents.

- *« Parfois, c'est peut-être même plus facile pour les gens aussi de ne pas avoir le choix. […] Cela simplifie je pense. Comme ils sont obligés de le faire, il y a moins de doute finalement. » E4*
- *« En tout cas c'est sûr que depuis que c'est obligatoire, on a moins besoin d'expliquer. Si vous ne voulez pas les vaccins, et bah tant pis pour vous. - C'est vrai, on a moins de débat. […] on ne se bat plus. » FG2*
- *« J'ai été très étonné l'année dernière avec la vaccination obligatoire, ça s'est très bien passé. Il n'y a pas eu de polémique dans mes patients. » « Ça nous aide bien que ça soit devenu obligatoire, c'est surtout ça, pour convaincre les parents » FG3*
- *« C'était quand même un courage politique ! » FG3*

Elle a aussi permis une vaccination élargie, puisque certains praticiens ne proposaient pas systématiquement ce vaccin avant la mesure.

- *« Avant qu'il soit obligatoire, je modulais, je le faisais pas forcément systématiquement » E1*
- *« Il est fait peut-être un peu plus systématiquement » E1*
- *« Ceux-là sont obligatoires, donc je les fais même si je ne suis pas d'accord. » E6*
- *« Le seul que je faisais pas avant, c'était le Neisvac. » E7*

Enfin, deux médecins réticents, ou en questionnement, remettaient en doute la mesure :

- *« Je fais le minimum obligatoire […] Mais avec tous les enfants nés en 2018 , on a des soucis là maintenant ». E5*
- *« Moi je pense que les gens devraient avoir le choix. Je suis content d'avoir des enfants plus grands et de ne pas être obligé de les vacciner pour tout ça. » E6*

DISCUSSION

1. A propos de l'étude

1. 1 Les biais

Différents biais peuvent être discutés dans cette étude.

Biais de recrutement

Il existe un biais de sélection des médecins interrogés. Les neuf premiers recrutés (sur vingt médecins) ont un profil particulier : ce sont des maîtres de stage des universités, des médecins dont la formation initiale est récente, ou assistant régulièrement à des sessions de formation médicale continue. Ce biais a été au moins partiellement corrigé par le recrutement élargi à des médecins d'un profil différent, par « bouche à oreille », et recherche personnelle.

On note dans l'échantillon une surreprésentation des médecins homéopathes (environ 20 % des 7000 médecins à expertise particulière déclarés en France) (16), et une probable surreprésentation des médecins réticents à la vaccination.

On peut penser aussi que le fait d'accepter de participer à ces entretiens témoigne d'un intérêt pour le sujet.

Biais de désirabilité sociale

L'élargissement du recrutement a aussi permis de corriger un éventuel biais de désirabilité sociale (vouloir se présenter sous un jour favorable à son interlocuteur).

Effet leader

Il n'y a pas eu d'effet « leader » ou effet de soumission au groupe, qui aurait pu entraîner une éventuelle perte de données. Les focus group se sont déroulés entre confrères de maison de santé ou de cabinet de groupe. Les échanges étaient respectueux, sans jugement exprimé.

Biais d'analyse

Une double analyse par deux chercheurs différents lors de l'analyse des entretiens a permis d'éviter un biais de confirmation (une tendance naturelle à privilégier les informations qui confirment les idées préconçues).

Période et durée de l'étude

Les premiers entretiens se sont déroulés à quelques mois de la mesure d'obligation vaccinale, trop tôt pour en apprécier complètement l'effet. Les derniers interrogés ont eu une expérience différente, avec plus d'un an de recul. Enfin, la pratique des médecins interrogés a pu évoluer entre le début et la fin du recueil des données.

1. 2 La méthode de recueil

La première partie du guide d'entretien sur la vaccination en général a permis de s'intéresser à la pratique des praticiens, puis dans un second temps à leur pratique concernant le vaccin anti méningococcique C. Le guide d'entretien a évolué au fil du recueil de données. L'évolution de la méthode de direction de l'entretien a permis d'obtenir des verbatims plus longs et plus riches.

2. Les facteurs favorisants

Les facteurs identifiés favorisants la vaccination sont : la nature de la pathologie, le vécu du MG, ses pratiques, la traçabilité des vaccinations, le mode d'installation, la notion de protection collective et bien sûr l'obligation vaccinale.

2. 1 La pathologie

Les IIM sont des pathologies graves, avec des complications et souvent des séquelles. La balance bénéfice-risque est donc un argument souvent mis en avant en faveur de cette vaccination. Il existe peu d'effet secondaire, et aucun n'est grave.

D'autre part, il n'existe pas d'alternative à cette vaccination. Le traitement des IIM par antibiothérapie est efficace, mais n'évite pas les éventuelles séquelles.

2. 2 Le vécu du MG

Le ressenti du MG est aussi un facteur important. La connaissance d'un cas dans sa patientèle ou dans le cadre personnel est un facteur déterminant. La vaccination des propres enfants du praticien est souvent mise en avant comme « argument » par les médecins qui y sont favorables.

2. 3 Les pratiques du MG

2. 3. 1 Les données de l'expérience personnelle

Plusieurs praticiens ont évoqué la disparition de la variole grâce à la vaccination au cours de leur carrière. Deux d'entre eux ont parlé aussi de la diminution des otites et de la quasi-disparition des épiglottites depuis la vaccination contre l'Haemophilus. Ces médecins ont un regard positif sur la vaccination.

2. 3. 2 L'influence des autres pays

L'exemple de la gestion de la vaccination par d'autres pays est parfois citée par les médecins pour informer leur patients. Notamment le Royaume-Uni, premier pays à avoir instauré une vaccination systématique contre le méningocoque C. Deux médecins ont cité l'exemple d'autres pays européens face à la vaccination, et en parlent avec leurs patients.

2. 4 Les aspects pratiques

2. 4. 1 La traçabilité des vaccinations antérieures

Sans utiliser de carnet de vaccination électronique dédié, tous les médecins notent les vaccinations effectuées dans le logiciel métier. Certains utilisent une fonction à part de leur logiciel, afin d'y noter le nom du vaccin, le numéro de lot et même l'endroit de l'injection. Cette traçabilité est un facteur aidant le médecin, en cas d'oubli du carnet de santé par exemple.

Dans une des MSP, une infirmière vérifie le carnet de vaccination des patients dans le logiciel. Tous les médecins sont en réseau, et inscrivent les vaccinations réalisées. Elle vérifie notamment les vaccinations Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite à âge fixe (25, 45, 65, 75 ans), et la vaccination anti grippale pour les personnes concernées. Ils envisagent de mettre également en place le même système pour la vaccination anti-pneumococcique chez les patients à risque.

2. 4. 2 Le mode d'installation

Le fait d'être installé en cabinet de groupe ou en MSP semble être un facteur favorisant la vaccination. Le partage d'information et les échanges de pratique y sont plus riches. Le pourcentage de patientèle pédiatrique élevé semble aussi favoriser la vaccination, peut-être par formation plus appuyée sur les sujets abordant la pédiatrie.

Deux des trois médecins les plus réticents sont installés en cabinet seul. La pédiatrie représente moins de 20 % de leur patientèle.

2. 5 Les aspects de santé publique

2. 5. 1 La protection collective

La notion de santé publique est citée par plusieurs médecins, installés en MSP ou en cabinet de groupe, et en majorité MSU. L'intérêt collectif est mis en avant lors de plusieurs entretiens, certains n'hésitent pas à l'évoquer en consultation.

2. 5. 2 L'obligation vaccinale

L'obligation vaccinale est très majoritairement abordée comme un facteur favorisant la vaccination. Cette mesure, applicable aux enfants nés après le premier janvier 2018, a été bien acceptée par la population selon les médecins interrogés. Certains en ont d'ailleurs été surpris.

Les professionnels y sont favorables, car cela a simplifié le processus auprès des patients réticents, ou interrogateurs, en faisant disparaître certains débats ou argumentaires. Deux médecins ne prescrivaient pas le vaccin anti méningoccique C avant la mesure. L'un a changé ses habitudes et le prescrit dorénavant, l'autre non.

On peut néanmoins penser que cette mesure permettra une augmentation de la couverture vaccinale du vaccin anti-méningococcique C.

3. Les freins

On peut identifier plusieurs freins à la vaccination anti-méningococcique C. D'abord le faible intérêt pour ce vaccin en particulier, puis les habitudes des MG, leur temps disponible, le manque de formation et d'information disponible, et leurs croyances erronées. Les facteurs influençant les patients, dont les médias, ont presque toujours été cités. Enfin, les aspects de santé publique, avec la notion d'intérêt individuel dans le cas de ce vaccin, a aussi été discuté.

3. 1 Le « vaccin bashing »

Le vaccino-scepticisme est en augmentation. Cette notion est omniprésente dans les entretiens, sans différence selon les caractéristiques des médecins. Elle est déclinée dans les différents sous-thèmes.

3. 2 Manque d'intérêt pour ce vaccin

3. 2. 1 Inhérent au vaccin et à la pathologie

Le vaccin disponible protège seulement contre le sérogroupe C. Les infections invasives à méningocoque C sont rares, et le risque d'exposition de la population est faible. Les médecins n'avaient pas mémoire de foyer individualisé dans la région. Seul un médecin a déclaré avoir vu 3 cas d'IIM C dans sa carrière. La protection contre un seul sérogroupe et la faible incidence de la pathologie participent au manque d'intérêt de certains praticiens pour cette vaccination.

3. 2. 2 « Concurrence » par des vaccins plus polémiques

D'autres vaccins ont régulièrement été cités à la fin des entretiens (à l'occasion d'une question sur une éventuelle remarque à propos de la vaccination), ou ont provoqué des débats lors des focus group. Les médecins ont utilisé le terme de vaccin « anti-cancers » en parlant des vaccins protégeant contre le virus HPV ou l'hépatite B. Ils ont cité la polémique autour de leurs présumés effets secondaires, et leur bénéfice à long terme. On peut se demander si ces vaccins ne suscitent pas un plus grand intérêt et n'écartent pas l'attention du médecin du vaccin anti-méningococcique C. Cela peut fragiliser les praticiens au sein de la relation médecin-patient sur la question de la vaccination en général.

3. 3 La pratique des MG

3. 3. 1 La préférence donnée à l'expérience

Un médecin a dit vouloir se donner le temps d'observer par lui-même l'impact de la vaccination sur l'incidence des IIM avant de prescrire systématiquement le vaccin. Il est MSU, a plus de 50 ans et est installé en groupe. Il s'appuie sur sa propre expérience sans tenir compte des recommandations validées par des études à grande échelle. Cela montre qu'il peut persister une confusion entre l'avis d'expert et les données scientifiques validées à l'origine des recommandations. Cette position est un frein à la vaccination.

3. 3. 1 Habitudes ancrées

Certains médecins généralistes interrogés oublient fréquemment l'injection supplémentaire à l'âge de 5 mois, ajoutée au calendrier vaccinal en 2017. Le changement d'habitude est parfois compliqué pour certains praticiens, notamment ceux installés depuis de nombreuses années. Six médecins sur les dix ayant évoqué ce thème ont plus de 50 ans. Le contexte de calendrier vaccinal « chargé » ne le favorise pas.

L'oubli du rattrapage est encore plus fréquent, sans différence dans l'âge des

praticiens. L'étude de Martinot et al. en 2013 (17) a montré que les couvertures vaccinales des jeunes enfants étaient en hausse entre 2008 et 2011, mais que celles des adolescents et des jeunes adultes restent très faibles. Le rattrapage vaccinal est donc essentiel.

3. 3. 2 Problème de temps

Le problème du temps disponible est à mettre en lien avec « l'épuisement » dont parlent certains praticiens, lorsqu'ils doivent répéter les explications et arguments lors de plusieurs consultations.

3. 3. 3 Pénibilité de l'acte de vaccination

Trois médecins hommes l'ont évoquée lors des entretiens. Ils ont parlé de la douleur et des pleurs des nouveau-nés. La sensibilité du praticien entre ici en conflit avec ses valeurs professionnelles.

3. 3. 4 Faible disponibilité des informations scientifiques et médicales

Ce sous-thème a été cité de nombreuses fois au cours des entretiens, de différentes manières. La sensation d'un déficit d'information fait naître chez certains un sentiment de « complot ». Cette perception est renforcée par une impression d'opacité des décisions et recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les médecins regrettent de ne pas assez recevoir d'information ciblées en rapport avec leur pratique. Ils rapportent un manque d'explications des arguments ayant conduit au rajout de l'injection vaccinale à l'âge de 5 mois. L'avis du HCSP en rapport est disponible sur le site www.mesvaccins.net. Ces informations ne sont donc pas parvenues à leur cible. On peut se demander si ce mode de communication est adaptée aux destinataires visés.

Les études concernant la vaccination ne sont pas assez nombreuses selon les médecins interrogés, ou pas assez visibles. De plus, les adjuvants et la composition du vaccin posent de plus en plus question à la population, et certains médecins regrettent de ne pouvoir y répondre. Lors des entretiens, on a pu identifier une plainte de la part de certains médecins de ne pas disposer de tous les éléments indispensables à la décision, et ainsi d'être dans l'incapacité de conseiller au mieux leurs patients. Six médecins ont abordé ce manque d'information. Quatre médecins sont des homéopathes de plus de 50 ans.

Un médecin critiquait la quantité d'information disponible, dans laquelle se perdent les informations fondées, utiles et argumentées.

Enfin, on note qu'aucun médecin interrogé n'a évoqué la concertation citoyenne de 2016 (11). Cela montre que ces médecins étaient éloignés des informations à destination du grand public, car des médias non spécialisés ont relayés cette information (18).

3. 3. 5 Formation initiale et continue

Douze médecins ont abordé ce thème, dont huit sont MSU.

Comme certains l'ont évoqué, la formation continue proposée est de bonne qualité, mais facultative. Il semble que les médecins les plus réticents ne soit pas présents à ces sessions de formation.

Concernant la formation initiale, les médecins sont partagés. Dans l'ensemble, ils la

jugent insuffisante lorsqu'il s'agit de vaccination. Les divergences d'opinion ne sont pas en lien avec l'âge des médecins.

3. 3. 5 Croyances erronées des médecins

Trois praticiens déclarent ne pas avoir prescrit un vaccin en pensant que certains de leur patients étaient « contre » la vaccination. Cette supposition entraîne la non-proposition de certains vaccins dont ils ne parlent pas. Cela est compréhensible dans une logique d'optimisation du temps médical, dans un contexte de faible démographie médicale et de manque de temps disponible. Le médecin ne prendra pas un temps qu'il jugera à ce moment inutile, pour proposer un vaccin qu'il pense être refusé.

Selon différentes études, la majorité des gens est plutôt attentive au discours de leur médecin. Selon la thèse de J. Soenen en 2014, le motif principal de vaccination était la recommandation du médecin traitant dans 72,8% des cas (14). Les médecins ont aussi des perceptions erronées de leur patientèle, qui parfois se questionne sans pour autant être réticente.

Ces « fausses idées » concernent aussi parfois les adjuvants utilisés, la sélection des souches de méningocoques, les effets secondaires non avérés. Deux praticiens (homéopathes) considéraient l'aluminium utilisé comme adjuvant « à risque » voire « dangereux ». La sélection des souches n'est pas prouvée. Enfin, les effets secondaires rapportés dans ces entretiens sont tous bénins.

3. 3. 6 Croyances erronées des patients

L'impact des médias et des réseaux sociaux

Les médias d'information sont de nouveaux acteurs dans la relation médecin-patient aujourd'hui. La patientèle s'informe, les médecins aussi. Toutefois, les canaux d'information diffèrent nettement. Le type d'information disponible, sa qualité mais aussi sa quantité, peuvent être considérées à la fois comme un frein et/ou un facteur favorisant la vaccination.

En 2018, selon l'Insee (19), 81,7 % de la population française est équipée d'une connexion à Internet, et 93,6 % d'un téléphone portable. Les Français ont largement accès à Internet et aux réseaux sociaux, où les polémiques influencent les patients en général de manière négative.

La télévision influence également parfois négativement la population. Pourtant, les spots télévisés diffusés par le Ministère de la Santé semblent atteindre leur but. On peut citer par exemple la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » dans les années 2000. A l'occasion de la semaine de la vaccination en avril 2019, la ministre Agnès Buzyn a affirmé de vouloir « redonner confiance » en la vaccination. Un spot télévisé en faveur de la vaccination a été diffusé par Santé Publique France (visible sur https://www.delitdimages.org/premiere-campagne-pro-vaccinations-video/).

Le vaccino-scepticisme

La difficulté pour les médecins de communiquer à des patients souvent opposés à la vaccination a été souvent rapportée dans les entretiens. Rappelons que la France est le pays le plus vaccino-sceptique au monde, elle est d'ailleurs un cas atypique dans le monde développé. Jocelyn Raude, un sociologue à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), a été interrogé en 2016 sur les raisons du scepticisme des français envers la vaccination (20). Il

évoque l'émergence puis la généralisation d'internet et des réseaux sociaux, qui ont permis une phénoménale diffusion d'idées radicales, autrefois confinées à des revues et de petits réseaux. La visibilité de ces idées, allant jusqu'à la théorie du complot, est souvent plus importante que les preuves scientifiques. Ce phénomène est plus intense en France. Il explique cela par plusieurs « crises » sanitaires comme celle du Médiator ou l'affaire des vaccins contre la grippe H1N1, à l'origine d'une défiance de la population envers les autorités de santé. Les Français se questionnent sur les conflits d'intérêts entre experts, décisions de santé et industrie pharmaceutique. Il ajoute à cela la qualité de l'information. Les journalistes ayant une formation médicale ont quasi disparu, et certains canaux d'information ne sont plus contrôlés par des professionnels. L'accès facilité aux médias de personnes non spécialistes, sans approche critique et scientifique du sujet, leur donne une visibilité disproportionnée. Enfin, tout cela est entretenu par un déficit de culture scientifique et d'esprit critique.

Un dernier point est le développement de médecines alternatives, dites « douces » ou « naturelles ». Elles sont souvent en opposition avec la médecine conventionnelle, qui à l'inverse représente « l'artificiel », le « transformé ». Cela explique certainement le fait que les médecins interrogés les plus réticents sont aussi ceux qui pratiquent une médecine alternative, l'homéopathie ici.

3. 4 <u>Aspects de santé publique</u>

Intérêt individuel

La protection contre un seul sérogroupe et la faible incidence des IIM sont parfois des arguments mis en avant pour considérer ce vaccin comme une protection plus individuelle que collective. Cela représente un frein.

Quatre médecins ont également parlé du coût de cette vaccination pour la collectivité. Deux médecins trouvent ce coût trop élevé pour un intérêt qu'ils jugent individuel.

Crainte de la responsabilité

Certains médecins ont abordé la question de la crainte de la responsabilité face à la vaccination. L'un d'eux a mis en avant le fait que l'obligation vaccinale impliquerait un soutien des pouvoirs publics en cas de problème secondaire à une injection. Il doutait de ce soutien avant cette mesure. Ce médecin a plus de 50 ans et est installé seul.

Certains médecins parlent aussi de manque de confiance dans les pouvoirs publics lors de l'application des recommandations. Cette inquiétude, allant jusqu'à la suspicion, découle du manque d'information disponible et d'une interrogation sur la part du poids des laboratoires pharmaceutiques lors de l'élaboration de ces recommandations.

Au total, les résultats de cette étude sont similaires à ceux de l'étude DIVA (Déterminants des Intention de Vaccination) (21). Cette étude de Martinez et al. en 2016, a permis de mettre en évidence les facteurs associés à l'engagement des médecins généralistes dans la vaccination. Malgré un petit échantillon et l'étude d'un seul vaccin, on a pu identifier les mêmes freins à la vaccination, avec quelques éléments spécifiques au vaccin méningococcique C.

OUVERTURES ET PISTES D'AMÉLIORATION

À l'issue de ce travail, on a pu identifier certaines pistes d'amélioration, comme encourager la vaccination des professionnels de santé, favoriser les projets de santé publique en ambulatoire, et mettre en place des systèmes d'aide informatique. Une action sur la formation serait nécessaire. On pourrait aussi essayer de modifier les techniques de vaccination, prendre davantage exemple sur les pays étrangers, et surtout mettre plus en avant la prévention dans notre système de santé.

Encourager la vaccination des professionnels de santé

Un entretien de groupe a abordé la vaccination des professionnels de santé. Le bénéfice, outre pour eux-mêmes, est aussi pour leur patients. De plus, comme beaucoup l'ont souligné, sa propre vaccination (et celle de ses enfants) est un argument de poids face à l'interrogation de certains patients.

La vaccination des soignants est donc un facteur important pour la promotion de la vaccination.

Favoriser les projets de santé publique en ambulatoire

Une infirmière de MSP a une activité dédiée à la vaccination. Une de ses tâches consiste à vérifier régulièrement les vaccinations réalisées par les professionnels de santé de la MSP. On pourrait imaginer la même mise en place pour la primovaccination.

Les projets de santé publique comme celui-là peuvent être financés dans les MSP par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Il s'agit d'une rémunération spécifique en contrepartie d'engagements portant sur un accès aux soins renforcés, un travail d'équipe et de coordination facilité, et un développement des systèmes d'information (22).

On pourrait imaginer un soutien similaire pour des projets de santé publique développés en ambulatoire, dans les cabinets de groupe ou même pour des médecins isolés.

Mettre en place des systèmes d'aide informatique

Tous les médecins notent (scrupuleusement ou non) les vaccinations effectuées dans le logiciel métier. En revanche, aucun n'a fait part d'alarme ou de rappel concernant la vaccination. Pour contrer les oublis, des systèmes d'alerte dans les logiciels pourraient être mis en place, des rappels en fonction de l'âge de l'enfant par exemple.

Un système de carnet de vaccination électronique (CVE) est proposé sur le site www.mesvaccins.net depuis 2011. Le site est une plateforme d'information, de communication et d'expertise sur les vaccins, indépendante de l'industrie pharmaceutique. Le patient ou le professionnel de santé peut remplir le carnet en ligne, et le patient peut choisir d'être prévenu par mail avant la date de son prochain vaccin. Il a déjà été expérimenté en Aquitaine, et l'étude de Gault et Fischer en 2013 (23) confirme que le CVE est un outil de traçabilité intéressant. Malgré tout, cela impose au médecin un travail de double saisie donc un temps un peu plus long à consacrer à cet acte. D'autre part, le rappel mail au patient suppose que celui-ci ne change pas d'adresse électronique, ce qui n'est pas toujours le cas sur une longue période de plusieurs décennies. Ces éléments sont à prendre en compte pour optimiser cet outil.

Agir sur la formation

La formation initiale concernant la pratique de la vaccination pourrait être étoffée. Toutefois, on a vu que certains médecins interrogés développaient un processus de réflexion lors de leur entretien ou focus group, et remettait en cause leur pratique. Ces trois médecins ont moins de 40 ans, sont installés en groupe et MSU. Ce processus de réflexivité, présent chez les plus jeunes médecins, est probablement renforcé par la formation dispensée par les départements universitaires de Médecine Générale (DUMG). La pédagogie de ceux-ci positionne la réflexivité comme une compétence clé à acquérir par les internes, et encouragée tout au long de l'internat.

Ces DUMG existent depuis 2004, date à laquelle la Médecine Générale devient une spécialité à part entière par la loi du 17 janvier 2002 (24) (25). La formation des internes se fait alors par un ou deux stages ambulatoires, au côté de MSU. Ces MSU sont formés par le DUMG, pour chaque type d'étudiant accueilli : externe, interne de niveau 1 ou de SASPAS. En plus de cette formation, un an d'installation au minimum est nécessaire pour accueillir un externe, trois ans pour un interne de niveau 1 et six ans pour un interne en SASPAS.

La formation continue est suffisante d'après les médecins. Celle-ci est obligatoire pour les médecins généralistes, mais le thème des sessions de formation est au choix du praticien. Ce qui explique que tous les médecins n'assistent pas aux formations de pédiatrie par exemple.

L'information également doit être élargie. Les recommandations ainsi que leur argumentation pourraient être mise à disposition, par exemple par des courriers ou mails envoyés aux praticiens. Les informations de prévention pourraient également être distribuées par les délégués de l'assurance maladie, lors de leurs visites.

Enfin, les groupes de pairs et les groupes qualité sont aussi une source de formation, et pourraient être développés. Ces groupes permettent une analyse de sa pratique, un processus de réflexivité, qui peut amener à des améliorations de l'exercice. Ces temps précieux de mise en commun et d'échanges de pratique sont profitables à tous, notamment à ceux ayant un mode d'exercice isolé.

Le groupe de pair est une méthode d'amélioration des pratiques. Il s'agit d'un groupe de MG volontaires se réunissant régulièrement dans un but d'échange et de partage. Il n'y a pas de thème défini en amont, c'est une analyse d'une consultation non choisie (tirée au sort) de chacun des participants. Des questions émergent de la rencontre, et des pistes sont recherchées. Ces groupes peuvent être fédérés par la société française de Médecine Générale (SFMG) (26).

Le groupe qualité est un groupe de médecins qui se réunissent mensuellement dans un but similaire. Le groupe est géré par une association régionale, liée par contrat avec l'union régionale des professions de santé (URPS) . Un thème est fixé en amont, et une bibliographie distribuée avant la soirée de formation. Le groupe élabore une série de questions. Un secrétaire de séance est désigné pour chercher les réponses à ces questions, qu'il donnera au début de la séance suivante. La région Centre-val-de-Loire est la troisième région française à s'être engagée dans les Groupe Qualité, en 2008 (27).

Enfin, des réunions de concertation pluridisciplinaires au sein des MSP peuvent être mises en place, pour discuter des pratiques et élaborer des protocoles de soin entre les divers intervenants.

Être mieux formé permettrait aussi de lutter contre le problème du manque de temps médical disponible. Le site Infovac France (www.infovac.fr) mériterait d'être davantage connu pour cela. Il s'agit d'une plateforme d'information sur la vaccination destiné aux professionnels de santé, gérée par un réseau d'experts, majoritairement des pédiatres infectiologues. Il permet d'apporter des pistes face à l'hésitation vaccinale des patients. Il permet aussi de pouvoir poser des questions pratiques à des experts pédiatres-infectiologues, notamment concernant les rattrapages. Il propose enfin un bulletin mensuel d'information à télécharger par les professionnels intéressés. Le site permet de disposer d'outils à utiliser face à certains parents réticents. Et donc de peut-être diminuer ce temps alloué aux discussions en étant plus efficace dans cette démarche.

Modifier les techniques de vaccination

Des médecins ont rapporté la pénibilité de l'acte de vaccination. Les rencontres entre professionnels, et les formations concernant la pédiatrie plus spécifiquement, pourraient peut-être atténuer les éventuels freins associés à cette notion. De même que des recherches sur un mode d'administration indolore, des produits moins douloureux ou une anesthésie. Cela permettrait également au médecin de ne pas avoir à gérer l'anxiété de certains parents au moment des injections.

Prendre exemple des pays étrangers

Aujourd'hui, au Québec et au Canada, l'on a recours à l'entretien motivationnel en faveur de la vaccination, dès la maternité (28). Ce serait une piste d'amélioration de l'information de la population en France.

Le Royaume Uni, premier pays à avoir instauré une vaccination anti-méningococcique C, a atteint une couverture vaccinale de plus de 90 % en seulement trois ans. On peut se poser des questions sur le non-impact de cette réussite en France.

Mettre en avant la prévention

L'activité préventive et de dépistage fait partie intégrante de la Médecine Générale. La position des médecins remplaçant peut être discutée dans ce cadre. Certains sont peut-être moins investis dans la prévention lors de remplacements ponctuels. Si l'installation des médecins a un réel impact, on pourrait alors imaginer qu'elle améliorerait la prise en charge vaccinale de la population.

La prévention fait partie des activités de santé publique, tout comme les mesures de partage de pratique et les projets de soins, notamment dans les MSP.

Depuis le 1er septembre 2019, les examens de suivi systématique de l'enfant ont été augmentés, et les modalités du tiers payant ont été facilitées. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais. Trois nouvelles consultations sont proposées, ce qui représente 20 consultations réparties entre la naissance et les 16 ans de l'enfant. Ces consultations ont pour but la surveillance de la croissance staturo-pondérale, du développement, le dépistage des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. Ce dispositif facilite l'accès à toute la population du fait du tiers payant. Il pourrait encore être élargi, et faire une place spécifique à la consultation de prévention.

Selon Bourdillon et al. en 2008 (29) «...de nombreuses activités de médecine générale relèvent de la santé publique mais le médecin généraliste apparaît avant tout comme un acteur de soins, plus rarement de prévention et jamais comme un acteur de santé publique ».

CONCLUSION

Les résultats obtenus dans cette étude sont concordants avec ceux rapportés dans la littérature, notamment similaires à ceux de l'étude DIVA (21).

Même s'il est impossible d'identifier un profil précis des médecins réticents, il semble que les jeunes médecins interrogés sont aujourd'hui les moins sceptiques vis-à-vis de la vaccination. Les réticences et interrogations ont été prononcées par les médecins de la classe d'âge 60 - 64 ans dans cette étude. Les freins sont plutôt concentrés sur les aspects pratiques, notamment l'information disponible. Les rares médecins rencontrés remettant en question le vaccin anti-méningococcique C basent principalement leurs arguments sur le vaccin et la pathologie, facteurs non ajustables.

En revanche, l'évaluation de la pratique du médecin généraliste met en lumière des freins modifiables et des éventuels leviers. Certaines pistes d'amélioration ont d'ailleurs déjà été soulignées dans le compte-rendu de la concertation citoyenne sur la vaccination en 2016 (11). Développer les systèmes de support informatique permettra un meilleur suivi de la vaccination. Il est nécessaire de faciliter l'accès à l'information scientifique pour les médecins comme pour les patients. L'obligation vaccinale « courage politique », mesure appuyée sur la concertation citoyene, a simplifié le travail de prescription des médecins et permettra d'augmenter les couvertures vaccinales. Enfin, mettre en avant la prévention et développer les projets de santé publique semblent indispensables et indissociables de la pratique de la Médecine Générale.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Santé Publique France, Institut Pasteur. (2017) Les infections invasives à méningocoques en 2017. 15 p.

(2) Alonso J-M, Taha M-K. (2005) Vaccins contre le méningocoque : actualités et perspectives. *Therapie,* 60 (3), 283-286.

(3) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Janvier 2018.

(4) Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, Hors série. (2017) Vaccination des jeunes enfants, des données pour mieux comprendre l'action publique. Santé Publique France. 19/10/2017, 40 p.

(5) Lorton, F., Chalumeau, M., Assathiany, R., et al. (2018) Vaccine-Preventable Severe Morbidity and Mortality Caused by Meningococcus and Pneumococcus : A Population-Based Study in France. *Paediatric and Perinatal Epidemiology,* 32 (5), 442-447.

(6) Larson, H-J., de Figueiredo, A., Xiahong, Z., et al. (2016) The State of Vaccine Confidence 2016 : Global Insights Through a 67-Country Survey. *EbioMedicine,* 12 (2016), 295-301.

(7) Gautier, A., Jestin, C., Beck, F. (2013) Vaccination : baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé. *La santé en action*, mars 2013 (423), 50-53.

(8) Balmer, P., Borrow, R., Miller, E. (2002) Impact of Meningococcal C Conjugate Vaccine in the UK. *Journal of Medical Microbiology,* 51 (9), 717-722.

(9) Haut Conseil de la Santé Publique (2009) Avis relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de sérogroupe C. Séances des 24 avril et 26 juin 2009, 10 p.

(10) Haut Conseil de la Santé Publique. (2016) Avis relatif à la vaccination antiméningococcique C. 9/12/2016, 17 p.

(11) Fischer, A. (2017). Compte-rendu de la concertation citoyenne sur la vaccination. 7 p.

(12) Inserm (2017) Que dit la science à propos des 11 vaccins qui seront obligatoires en France en 2018 pour tous les enfants ? Mise au point. Décembre 2017.

(13) Launay, O., Hoch, D., Saint-Sardos, C., et al. (2010) Vaccines : Specific Features, Simulation of Impact and Medico-Economic Modelling. *Thérapie* 65 (4), 357-365.

(14) Codron, J-C. (2017). Évaluation des connaissances et des réticences des parents vis-à-vis du vaccin contre le méningocoque : étude qualitative réalisée au sein du service de pédiatrie du centre hospitalier de Calais. Thèse pour le doctorat diplôme d'état de docteur en médecine. Lille 2 : Faculté de Médecine Henri Warembourg, 146 p.

(15) Soenen, J. (2014). Analyse de la relation entre le statut vaccinal, des perceptions de la maladie et du vaccin, et des caractéristiques socioprofessionnelles des patients dans le cadre de la méningite C. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Lille 2 : Faculté de Médecine Henri Warembourg, 104 p.

(16) Cousin, S. (2017). MEP : un mode d'exercice en voie de revalorisation. [Internet]. [consulté le 20/09/19]. Disponible sur : http://www.remede.org/documents/mep-un-mode-d-exercice-en-voie-de-revalorisation.html

(17) Martinot, A., Cohen, R., Denis, F. et al. (2013). Vaccinoscopie : étude de l'évolution annuelle entre 2008 et 2011 de la couverture vaccinale des enfants de moins de 7 ans dans la population française. Archives de pédiatrie, 20 (8), 837-844.

(18) Mascret, D. (2016). Vaccination : la confiance, enjeu de la concertation citoyenne. [Internet]. [consulté le 30/09/19]. Disponible sur : http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/10/03/25471-vaccination-confiance-enjeu-concertation-citoyenne

(19) Insee (2018). Tableaux de l'économie française, édition 2018. [Internet]. [consulté le 26/09/2019]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303447?sommaire=3353488

(20) Huet S. (2016) Vaccins : l'exception française en débat – {Sciences²} [Internet]. [consulté le 20/08/19]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/blog/huet/2016/11/24/vaccins-lexception-francaise-en-debat/

(21) Martinez, L., Tugaut, B., Raineri, F., et al. (2016). L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Santé Publique*, 28 (1), 19-27.

(22) Bergeron, H., Moyal, A. (2019). Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. 77p.

(23) Gault, G., Fischer, A. (2013). Évaluation de la couverture vaccinale chez les jeunes participant aux Journées défense et citoyenneté en Aquitaine. Expérimentation à partir du carnet de vaccination électronique de MesVaccins.net. Santé Publique France (2016) 6 p.

(24) Création de la filière universitaire de Médecine Générale (2007) Rapport présenté par Delahaye-Guillocheau V., Jeannet A., Vernerey M., Mallet F. et Pittoors J-P. Février 2007. 74 p.

(25) Bouet, P., Blanc, J-L., Chow-Chine, E. et al. (2014). La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 106 p.

(26) Site de la SFMG [Internet]. 2019 [consulté le 20/09/19]. Disponible sur : https://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/

(27) Site de l'URPS Centre médecins libéraux [Internet]. [consulté le 20/09/19]. Disponible sur : http://www.urpsml-centre.org/index.php/nos-actions/84-groupe-qualite-ameliorer-la-qualite-et-la-coordination-des-soins

(28) Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants [Internet]. OIIQ (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec). 2019 [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https:// www.oiiq.org/entretien-motivationnel-en-maternite-pour-l-immunisation-des-enfants

(29) Bourdillon, F., Mosnier, A., Godard J. (2008). Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique* 5 (20) 489 – 500.

Annexe 1 :

GUIDE D'ENTRETIEN	
Généralités	Quel est votre avis sur la vaccination ? Est-ce qu'il y a des vaccins plus importants que d'autres ?
Pratique	Quels sont ceux qui sont indispensables ? Quels sont ceux que vous oubliez ? Quel est environ le pourcentage d'enfants de moins de 6 ans dans votre patientèle ? Si vous avez des enfants, sont-ils vaccinés ? Avez-vous une promotion de la vaccination dans la salle d'attente ? (flyer ou affiche facilement visible) Connaissez-vous les outils à votre disposition pour vous aider dans la promotion de la vaccination ? Pensez-vous que la formation initiale des médecins est suffisante dans le domaine de la vaccination ? Et la formation continue ? Utilisez-vous un carnet de vaccination électronique ? Pourquoi ?
Vaccin anti-méningococcique C	Que savez-vous de l'infection à méningocoque C ? Sa fréquence, sa clinique ? Que savez-vous du vaccin contre le méningocoque C ? Connaissez-vous les noms de ces vaccins ? Le proposez-vous à vos patients de façon systématique ? Pourquoi ? A quel âge ? A quelle occasion ? Donnez-vous des informations sur la vaccination contre le méningocoque C à vos patients ? Comment ? Et dans le cas du rattrapage vaccinal jusqu'à 24 ans, le prescrivez-vous ? Pourquoi ?
Remarques	Voulez-vous ajouter quelque chose sur le sujet ? Avez-vous des remarques ?

Annexe 2 : **DURÉE DES ENTRETIENS**

Numéro de l'entretien	*Nom de l'entretien*	*Durée en minutes*
1	E1	7'05
2	E2	7'55
3	FG1	30'54
4	E3	17'43
5	E4	11'20
6	FG2	21'16
7	E5	16'16
8	E6	20'47
9	E7	14'35
10	E8	33'04
11	FG3	27'15

Annexe 3 : **DÉTAIL DU CODAGE**

Vaccin	Sérotypes	*« il ne couvre pas toutes les souches de méningocoque » E1* *« c'est une question de sérotype […] en fait, le Méningitec° et le Neisvac°, ils protègent contre la C » FG1* *« Ce vaccin, je ne le fais pas. Parce que j'ai peur que ça sélectionne les types, comme on a vu avec le Gardasil°. » E5*
	Tolérance Effets indésirables	*« un peu de réactions locales... » « ou alors des effets secondaires supposés : une myofasciite à macrophages » « des cuisses de bébé qui doublent de volume » « la fièvre, c'est plus fréquent ! » FG1* *« On est toujours sur la même chose médiatique […] c'est ce que j'appellerai de faux effets secondaires. […] toutes ces petites choses-là qui ne sont pas de réels effets secondaires mais qui font des polémiques » E4* *« Ce n'est pas parce que c'est bien de le faire qu'il n'y a pas d'effet indésirable. […] ce n'est pas anodin, un vaccin » FG2* *« Je les invite toujours à aller se renseigner sur les effets secondaires des vaccins » E5* *« De moins en moins de température […] on a moins de problème de pic de fièvre violent. […] Y a pas trop d'effet secondaire. » E7*
	Répétition des injections	*« ça fait une piqûre de plus » [injection à 5 mois] E2* *« Je ne le faisais pas avant parce qu'au début […]il y avait juste une injection. Il n'y avait pas de rappel. Cela me semblait bizarre d'en faire un et pas de rappel » E6* *« je triche un peu, c'est-à-dire que je fais une seule injection passé l'âge d'un an » E7* *« ça, ça me pose problème, ça fait une piqûre de plus » E8*
	Adjuvants	*« Il y avait le Meningitec°, mais il a été retiré du marché. - Il faisait des réactions locales au point d'injection dans les 48 heures je crois. - Et puis il y avait un peu plus de sel d'aluminium » FG2* *« Je suis pour immuniser contre les maladies, pas forcément pour les vaccins tels qu'ils existent actuellement. - C'est à dire ? - C'est à dire qu'il y aurait d'autres moyens de renforcer l'action des vaccins autre que l'hydroxyde d'alumine […] C'est le problème d'adjuvant en fait. On est pas contre le vaccin, on est contre les adjuvants. » E5* *« On peut ne pas mettre d'aluminium dans un vaccin. Mais ça coûterait plus cher, paraît-il. Je croyais que c'est pour augmenter l'immunologicité qu'on met de l'aluminium. » E6* *« C'est vrai que dans les vaccins, il y a énormément d'adjuvants, de choses qu'on ne maîtrise pas. » FG3*
	Intérêt	*« Il est complètement inutile ! » FG1* *« Je me dis que l'on a un vaccin, même si elle est anecdotique, mais potentiellement létale, ça vaut le coup de le faire quand même. » « On a peu de probabilité de l'attraper, mais cela reste une méningite, et il y a un vaccin qui est connu. C'est dommage de ne pas le faire alors qu'on a un vaccin efficace dessus. » E4* *« Ce vaccin, je ne le fais pas. » E5* *« Même quand il n'était pas obligatoire, celui-là je le faisais » E6*

		« Le bénéfice-risque est toujours dans le sens de la vaccination. » E7
Pathologie	Clinique et complications	*« ça donne des septicémies, avec un tableau qui peut être extrêmement violent » « méningite, purpura, formes généralisées » « maladie grave, potentiellement mortelle » « les méningites à méningocoque, ça tue » FG1* *« c'est une méningite foudroyante, celle dont vous entendrez parler dans les médias, en quelques heures vous êtes en réanimation » E3* *« Une méningite je sais la diagnostiquer sur les symptômes, mais la C plus qu'une autre, je ne pense pas » E4* *« ce sont des infections graves, invasives, contagieuses » FG2* *« on en meurt ou on a de graves séquelles » FG2* *« effectivement, le méningo ça peut être mortel » E7*
	Alternatives préventives ou curatives	*« maladie qu'on ne maitrise pas autrement » E2* *« Bon ben, on les soigne. On les soigne et puis voilà. […] ça se soigne quand même heureusement » E5*
	Incidence	*« c'est pas une méningite qui est très fréquente en France » E2* *« je sais pas si on en verra encore dans notre activité » FG1* *« je me dis que je vais vacciner toute ma patientèle alors que je ne verrai jamais cette maladie, l'intérêt est quand même assez minime... » FG1* *« elle est un peu anecdotique […] elle est très peu fréquente, je ne sais pas si j'en verrai une dans ma vie » E4* *« en recrudescence en France » FG2*
	Risque d'exposition Population cible	*« pas forcément les souches auxquelles les enfants étaient le plus exposés dans nos régions » « je pense qu'il faut moduler en fonction du risque d'exposition des enfants, si les parents sont amenés à voyager, […] quel est l'âge d'entrée en collectivité, etc... » E1* *« il y a un foyer de portage chronique à Dieppe » FG2* *« il y a eu des cas à Dijon aussi je crois » FG2* *« est-ce que ça vaut le coup de vacciner des millions de petits pour un méningo qui n'est pas chez nous ? » « des enfants qui sont pas forcément en danger » E5* *« la méningite en Eure et Loir, on n'en voit jamais » E7*
Vécu du MG	Expérience personnelle	*« Ou bien, quelque chose qui revient souvent quand on est en confiance avec nos familles, il y a des mamans qui me regardent droit dans les yeux et qui me disent « Et vous, sur vos enfants, vous le faites ou pas ? » Et ça, c'est le meilleur argument du monde. » E3* *« je n'ai pas l'impression que mes patients soient réticents à le faire, et lorsqu'ils sont réticents, il m'arrive de dire que je l'ai fait à mes enfants pour montrer que je suis convaincue. » E4* *« c'est un argument de vente ! » FG2* *« Je ne suis pas vaccinée, mes enfants ne sont pas vaccinés, mes petits enfants ne sont pas vaccinés. Cela vous donne une petite idée » E5* *« C'est tout à fait émotionnel, c'est-à-dire que j'ai une amie de ma fille qui a fait une méningite C » E6*
	Connaissance	*« j'ai jamais rencontré de méningite de type C » E2*

	de cas dans la patientèle	*« j'ai encore jamais eu de méningite bactérienne, moi » FG1* *« Les méningites à méningocoques, les méningites fulminantes, je n'en ai personnellement jamais vu. » E5* *« J'ai vu des cas à la télé, mais moi dans ma pratique, j'en ai jamais vu ou soigné. » E6* *« Jamais, je n'ai jamais eu de confrères, que je connais, qui en ont eu. » E7* *« Moi j'en ai vu trois. […] Enfin trois en vingt-huit ans. » FG3*
Pratique du MG	Oubli Habitude	**A propos de l'injection à 5 mois** *« celui que j'oublie facilement, parce que j'ai mis du temps à l'intégrer » FG1* *« je mets du temps à changer mes habitudes » FG1* *« alors là, j'ai du mal […] je l'oublie ca je n'avais pas l'habitude » E3* *« j'ai beaucoup oublié le méningocoque des 5 mois avec le nouveau calendrier vaccinal » E4* **A propos du rattrapage** *« pour l'instant je le fais pas... Je commence à me sensibiliser sur les rattrapages » FG1* *« j'ai pas encore réussi à l'intégrer dans ma consultation » FG1* *« J'y pense quand je vais regarder les vaccins jusqu'à 11 ans, mais après 11 ans, je ne pense pas à le proposer. […] je dirais qu'entre 15 et 24 ans, il y a un échappement » E4* *« Je le propose aux enfants qui n'ont pas été vaccinés, en rattrapage » FG2* *« Oui, ça je le fais. Mais c'est vrai que je ne le fais pas après 16 ans, ça me vient pas à l'idée de le faire » E6* *« Alors ça j'y pense pas. J'y pense pas du tout. » E8*
	Temps disponible Charge de travail	*« on a pas tant de temps que ça à donner, hélas, à répéter, répéter, répéter tout le temps la même chose » « c'est une lassitude générale, c'est le manque de temps » E2* *« notre fatigue c'est les parents qui sont « contre » FG1* *« C'est rarement une seule fois. Il faut l'expliquer plusieurs fois. » FG2*
	Notion de non-plaisir	*« Ce n'est pas forcément un plaisir de vacciner les enfants en plus. Je trouve qu'il faut le faire parce qu'on doit le faire, mais s'il ne fallait pas le faire, j'aime autant. - Ah oui, à l'examen du 2e mois, c'est le truc que je déteste. » FG2* *« les enfants, on les pique beaucoup, bon pffff, on leur fait mal, les produits brûlent, on n'y peut rien. » E7*
	Formation et informations disponibles	**Concernant le rajout temporaire d'une injection à 5 mois** *« je ne me suis pas encore renseigné de savoir pourquoi, j'ai pas eu le temps » E2* *« alors pourquoi maintenant, il y a une première dose à 5 mois ? Cela fait partie de mes interrogations aussi » E3* *« Ah ben ça, les internes ils savent pas ! Et moi non plus »* [concernant l'AMM à 5 mois pour le Neisvac seulement] *E8* **Concernant la formation** *« la façon dont on nous parle de la vaccination est très molle par rapport à l'agressivité des structures anti-vaccinales » FG1* *« on ne nous apprend pas clairement à dialoguer autour des vaccins avec le patient » « peut-être que c'est abordé de temps*

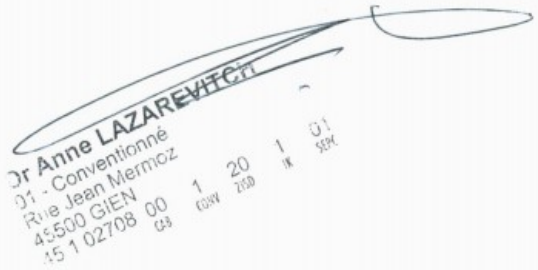
		en temps, c'est à la mode d'ailleurs. Pour la réticence des patients vis-à-vis des vaccins, il y a des formations, des sensibilisations là-dessus. » E3 *« Si on a envie de se former sur les vaccins, on peut. Il n'y a pas de manque de formation. » E4* *« C'est zéro la formation initiale sur la vaccination dans les bouquins de pédiatrie » FG2* *« le BEH, ils devraient nous l'envoyer systématiquement. Des fois tu te fais inonder par des conneries, et t'as pas les trucs comme ça » FG2* *« Le calendrier vaccinal n'est pas trop mal fait. C'est un laboratoire qui nous le donne celui là. C'est bien de l'avoir sur son bureau » FG2* *« C'est une formation orientée. […] Il faut être curieux, c'est tout. » E5* *« C'est vraiment très léger, il n'y a rien » [concernant la formation initiale] « J'ai fait des FMC […] c'est pour nous présenter les connaissances actualisées mais il n'y a rien d'argumenté. […] C'est pour nous dire : Voilà, est-ce que vous êtes au courant de ce qui se fait actuellement ? Et il faut appliquer ça. » E6* *« Enfin moi, la formation, j'ai toujours eu l'impression de l'avoir eu mais j'ai jamais été récalcitrant si tu veux, à ce genre de choses » E7* *« Le problème, c'est qu'il y en a qui ne vont jamais aux formations. » E8* *« Après, il faut se renseigner par nous-mêmes. On a toujours la possibilité de faire des formations. » FG3* *« Il y a le calendrier vaccinal de chaque année, et puis il y a le BEH [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire]. Alors avec ça, on a notre formation, moi je pense qui est suffisante. » FG3* **Concernant les études disponibles** *« Et on ne fait pas d'étude en plus au niveau des vaccins. Moi, je cherche un peu. Il n'y a absolument pas d'étude chez le bébé, sur l'impact d'un vaccin sur sa santé […] Donc en fait, on n'a pas d'étude, on ne sait pas. » E5* *« Au niveau des vaccinations, on reçoit des tableaux mais il n'y a aucune argumentation, aucune explication. […] Je trouve que c'est un flou artistique sur les vaccinations, ce n'est pas argumenté du tout. Même en tant que médecin, on a les mêmes sources que les patients. J'ai un tableau, mais on ne me dit pas pourquoi, sur quelle étude. Il n'y a aucune étude. Enfin, en tout cas, nous, on les connaît pas. » E6* **Concernant les adjuvants** *« Moi, je trouve qu'on est pas assez transparent. […] Je pense que si on enlevait ces zones d'ombre, il n'y aurait plus de souci. » E6* *« Nous, on sait que les labaratoires fabriquent, mais ce qu'il y a dedans, c'est vrai qu'on ne sait pas. » FG3* **Les médias** *« on nous en parle moins qu'ils en parlent à la télé » FG1* *« A chaque fois qu'il y a des polémiques, tu entends des émissions à la radio, des choses » E7* *« Et je leur parlais du fait que c'était le vaccin dont on parlait*

		dans les médias quand il y avait un cas souvent qui se soldait par un décès. » E8 *« il y a tant de polémique sur Internet » FG3*
Relation MG - patient	Facteurs influençants	**Les patients** *« la religion cathodique, c'est la religion de la télé, la télé a dit. Ou internet a dit » FG1* **Les médecins** *« je prends des exemples concrets sur d'autres pays » E3* *« à l'époque, les pédiatres, je parle de ça il y a 5 ans, disaient que ce n'est vraiment pas la peine de vacciner contre la méningite en France. » E5*
	Croyances erronées	**Des patients** *« je démonte la problématique en disant : vous savez, il y a souvent des fausses rumeurs et des fausses croyances » E3* **Des médecins** *« Pour les filles, il m'arrive d'y penser quand je propose le Gardasil°, et quand elles acceptent, je n'ose pas en rajouter un, ou alors j'en parle et je le fais de façon annexe. » E4* *« Je n'ai pas reproposé en pensant qu'ils étaient anti-vaccination. […] Donc en fait, des fois, je pense qu'il y a une réticence du médecin en disant que si ça se trouve ils sont contre, mais si ça se trouve, personne ne leur a proposé. » FG2* *« Des fois, tu veux éviter le débat. - Oui, éviter le conflit. - Quand il y a trois gamins, on va se prendre la tête trois fois. En fait non, les gens ne sont pas forcément si réticents. C'est nous qui avons peut-être une réticence en pensant qu'ils sont contre, et qu'on va se prendre la tête avec eux... » FG2*
	Discours du MG Argumentation Discussions	*« j'ai l'impression que plus j'en parle, plus je vais créer des questions, plus ça risque d'être compliqué » E2* *« il fait partie des vaccins pour lesquels ils posent des questions je trouve » FG2* *« Des fois, on voit que cela fait « tilt » dans leur tête, que l'on a attiré leur attention et que, ça y est, on a leur confiance. Des fois, ils ne sont pas convaincus, ils sont bloqués. » E3* *« j'ai l'impression que le discours suffit dans ma pratique, parce que je n'ai jamais eu de refus. […] Dans la vaccination systématique, cela ne m'est jamais arrivé d'avoir un refus de vaccination » « Il y a les les gens contre les vaccins et il y a les gens qui ne savent pas trop si on fait un vaccin de plus ? Ce n'est pas tout-à-fait la même chose pour moi » E4* *« le terme méningite fait peur » FG2* *« Il y a eu la polémique surtout quand il y a eu l'obligation vaccinale, mais maintenant c'est rentré... - Bah pour les petits, pour ceux qui se font vacciner de façon systématique, mais pour les rattrapages des fois c'est plus compliqué, on rame un peu... » FG2* *« Tout est un problème d'explication, en fait » « Je leur explique, je leur dis « voilà, maintenant c'est obligatoire, on l'a pas fait. Renseignez-vous, est-ce que vous voulez que je le fasse ? » Je leur parle des 400 cas et des 40 morts. « Maintenant, vous êtes informés, c'est vous qui décidez. » E7* *« Que c'est quelque chose de pas fréquent, mais quand ça tape ça fait mal. » « Je leur dit : « écoutez, les vaccins, ça a sauvé*

		plus de vies que ça n'a tué d'enfants » E8 *« Moi, j'essaie de convaincre que, enfin de leur dire que le méningo tue, et que ce serait dommage de voir leur enfant mourir bêtement de ça. Mais globalement, c'est... Je trouve que c'est un manque de chance de ne pas le faire. » FG3*
	Responsabilité	*« Cela veut dire aussi que les parents ont acheté le vaccin mais ne se sont pas souciés de savoir ce qu'il y avait dedans. […] Les parents ont eu une confiance aveugle quelque part » E3* *« Alors après, je laisse mes patients choisir. Ceux qui veulent se faire vacciner contre certaines maladies, ils vont voir leur pédiatre. » « Si vous ne faites pas ça, vous n'êtes pas une bonne mère. » E5* *« A l'époque, si je faisais un vaccin non obligatoire, et s'il y avait une complication, en dernier recours, c'est moi qui suis responsable.[...] Par contre, si je fais un vaccin obligatoire, ben là c'est l'Etat qui indemnise. » E6*
Aspects pratiques	Calendrier vaccinal	*« programme vaccinal qui me paraît musclé » FG1* *« consultation à ces moments-là qui sont assez chargées »* [dans les premiers mois de vie] *FG1* *« au début de vie des nourrissons de 2 à 4 mois, on les embête déjà avec deux vaccins, il faut à nouveau rattaquer au 5e mois, donc j'ai du mal » E3*
	Traçabilité des vaccinations antérieures	*« je les note dans l'ordinateur, et de temps à autres je scanne les carnets de santé […] c'est bien d'avoir une copie dans le dossier » E1* *« il y a dans mon logiciel, mais il est extrêmement mal fait, donc je l'utilise pas » « le carnet de santé est bien fait » E2* *« il est tellement mal fait que même lui il ne l'utilise pas ! » FG1* *« moi je le note : c'est mon titre » E3* *« systématique ! Même le côté, tout ça » FG2* *« Ben nous, c'est un peu faussé parce qu'on tient à jour notre carnet de vaccination de chaque patient dans le logiciel. On est tous en réseau et on a la chance d'avoir une infirmière qui vient tous les 15 jours vérifier notre travail. » FG3*
	Documentation	*« mettre des affiches dans la salle d'attente... J'en ai une ici qui amène à dialoguer » E2* *« Et je ne suis pas sûr que cela ait un impact. C'est un peu enfoncer des portes ouvertes. Les vaccins, c'est banal. » E6*
Aspects de santé publique	Mission de santé publique Protection collective	*« ce n'est pas qu'une affaire individuelle, c'est une affaire aussi collective » FG1* *« c'est un enjeu de santé publique » FG2* *« Les gens ne comprennent pas l'histoire de santé publique »* *« Moi je dis aux gens : se vacciner, c'est aussi pour les autres. »* *« C'est un défi collectif. » FG3*
	Protection individuelle	*« donc en fait, quand ils nous font vacciner deux fois les enfants, c'est pour sauver peut-être un cas dans dix ans... »* *« quand on aura une vaccination de masse, là ce sera intéressant, mais vacciner un gars comme ça au hasard, je vois pas l'intérêt. C'est la protection personnelle... Et comme le cas est extrêmement rare... J'ai l'impression de jeter un coup dans*

		l'eau. » FG1
	Coût pour la collectivité	*« Pourquoi ils choisissent pas d'étendre la couverture alors ?* [aux autres souches] – *Question de coût sûrement ! » FG1* *« c'est dommage que l'on ne rembourse pas tout le monde »* [à tout âge] *« Moi je raisonne d'abord en terme de protection des patients, et secondairement en terme de coût. Après, je ne sais pas si tout le monde raisonne pareil. »* [Le Neisvac° coûte 20,71 euros] *« Pour protéger quelqu'un, c'est bien, c'est faisable » E3* *« Mais comme cela coûterait beaucoup plus cher à fabriquer, on ne les fabrique pas »* [vaccins sans hydroxyde d'alumine ou sans phosphate d'alumine] *« C'est les labos qui commandent. La HAS fait ce que dit le labo, c'est tout. C'est le labo qui commande. » E5* *« Le problème c'est le coût de certains vaccins. Et le fric que se font les labos là-dessus » E8*
	Obligation vaccinale	*« avant qu'il soit obligatoire, je modulais, je le faisais pas forcément systématiquement » « moins de discussions avec les parents sur l'intérêt ou pas, peser le pour et le contre » » « il est fait peut-être un peu plus systématiquement » E1* *« cela simplifie peut-être pour nous, actuellement, la prescription des vaccins parce que les parents ne mettent plus ça en discussion, en gros, cela leur est imposé. » E3* *« Parfois, c'est peut-être même plus facile pour les gens aussi de ne pas avoir le choix. […] Cela simplifie je pense. Comme ils sont obligés de le faire, il y a moins de doute finalement. » E4* *« En tout cas c'est sûr que depuis que c'est obligatoire, on a moins besoin d'expliquer. Si vous ne voulez pas les vaccins, et bah tant pis pour vous. - C'est vrai, on a moins de débat. […] on ne se bat plus. » FG2* *« Je fais le minimum obligatoire […] Mais avec tous les enfants nés en 2018 , on a des soucis là maintenant ». E5* *« Ceux-là sont obligatoires, donc je les fais même si je ne suis pas d'accord. » « Moi je pense que les gens devraient avoir le choix. Je suis content d'avoir des enfants plus grands et de ne pas être obligé de les vacciner pour tout ça. » E6* *« Le seul que je faisais pas avant, c'était le Neisvac. » E7* *« J'ai été très étonné l'année dernière avec la vaccination obligatoire, ça s'est très bien passé. Il n'y a pas eu de polémique dans mes patients. » « Ça nous aide bien que ça soit devenu obligatoire, c'est surtout ça, pour convaincre les parents » FG3* *« Enfin maintenant c'est obligatoire, moi j'en ai encore qui ne sont pas vaccinés, alors là je fais du rattrapage du rattrapage quand même. » FG3* *« C 'était quand même un courage politique ! » FG3*

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Martin Claire

52 pages – 1 tableau – 5 graphiques

Résumé :

Introduction : La vaccination est le principal moyen de prévention des infections invasives à méningocoque C, qui représentent un enjeu majeur de santé publique. En France, les vaccinations sont très majoritairement réalisées par le médecin généraliste. L'objectif de cette étude est d'analyser les motivations et les freins des médecins généralistes d'Eure et Loir face à la prescription du vaccin anti méningococcique C.
Matériel et méthode : Etude qualitative d'évaluation des pratiques professionnelles par entretiens semi-dirigés et focus group auprès de médecins généralistes d'Eure et Loir, de juin 2018 à mars 2019. Après enregistrement et retranscription intégrale, une analyse thématique du contenu des verbatims a été effectuée afin de mettre en évidence les facteurs favorisants et les freins à la prescription de ce vaccin.
Résultats : 20 médecins généralistes ont été interrogés lors de 11 entretiens. La saturation a été atteinte au bout du 8ème entretien. L'analyse thématique a permis de mettre en évidence 7 thèmes principaux (le vaccin en lui-même, la pathologie pour laquelle il protège, le vécu du praticien, sa pratique quotidienne, la relation médecin-patient, les aspects pratiques et les aspects de santé publique) ; regroupant 28 facteurs au total.
Conclusion : Les principales motivations évoquées ont été l'obligation vaccinale, la mission de santé publique et la relation de confiance médecin-patient. La cohésion des pratiques entre confrères dans les maisons de santé pluridisciplinaires et cabinet de groupe peut aussi être considérée comme un facteur favorisant. Les freins mis en évidence ont été majoritairement le manque d'information à disposition des professionnels, le manque d'explications et d'études disponibles ; mais aussi la faible prévalence des infections invasives à méningocoque. La communication par les médias a été mise en avant à la fois comme un frein et comme un facteur favorisant.

Mots clés : Vaccination, méningocoque C, infection invasive à méningocoque, médecine générale

Jury :
Président du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH

Directrice de thèse : Docteur Anne LAZAREVITCH
Membres du Jury : Professeur Hervé WATIER
Professeur Emmanuel GYAN

Date de soutenance : 7 novembre 2019