



HAL
open science

Vaccination rougeole : l'épidémie actuelle a-t-elle modifié les comportements ?

Claire Beaupain

► **To cite this version:**

Claire Beaupain. Vaccination rougeole: l'épidémie actuelle a-t-elle modifié les comportements?. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00746576

HAL Id: dumas-00746576

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00746576>

Submitted on 29 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012

**Vaccination rougeole : l'épidémie actuelle a-t-elle modifié
les comportements?**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Claire BEAUPAIN

Née le 11/05/1983, à Saint Nazaire (44)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*

Le 5 octobre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Monsieur le Professeur Stahl Jean-Paul	<i>Président du jury</i>
Madame le Docteur Pavese Patricia	<i>Directrice de thèse</i>
Monsieur le Professeur François Patrice	<i>Membre du jury</i>
Monsieur le Professeur Morand Patrice	<i>Membre du jury</i>

*La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses, ces opinions sont considérées comme propre à leurs auteurs.

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire

MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie

VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Stahl,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de nous faire partager votre avis d'expert. Je vous vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur François Patrice,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse en qualité d'expert en épidémiologie, économie de la santé et prévention, et je vous prie de croire en l'assurance de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Morand Patrice,

Je vous remercie de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à ce jury en qualité d'expert en virologie et bactériologie et je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Pavese Patricia,

Patricia, je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Ta compétence, ton écoute et ton ouverture d'esprit vis-à-vis de la médecine générale ont été très appréciables pendant ce stage en infectiologie que j'ai eu la chance de faire à tes cotés.

A mes maîtres en médecine,

Pr B. Planchon, Dr C. Blanc, Dr H. Aymoz, Dr C. Lecomte, toute l'équipe d'infectiologie du CHU de Grenoble et toute l'équipe des urgences de Chambéry, je vous remercie pour votre attentif accompagnement au cours de ma formation médicale.

A ma famille,

A mes parents, que j'aime, merci de m'avoir permis de faire ces études. Votre soutien m'a été précieux malgré l'éloignement géographique ! J'en profite pour vous remercier aussi pour toutes les choses que vous m'avez fait découvrir : voyages, gastronomie, montage de rayonnage !...Merci de m'avoir transmis vos valeurs, merci de donner sans compter.

A mes sœurs Vinciane et Emmanuelle que j'adore, merci pour m'avoir soutenue tout au long du parcours. Merci Vinciane d'être une « sœur maman » toujours prête à cajoler en cas de coup de cafard (et merci pour le coup de main pour la thèse). Merci Emmanuelle d'être une « sœur fêtarde » toujours prête à faire une soirée et toujours à l'écoute de mes soucis sans juger ! Et merci d'être une « consoeurie de n'importe quoi » : ce je ne sais quoi qui fait que lorsqu'on est toutes les trois on se comprend sur des sujets...un peu, disons, farfelus !

A Mam, Pépère et Mamie, partis trop tôt.

A Linda qui est toujours là pour moi, qui m'accompagne depuis maintenant 15 ans et qui est devenue comme une sœur. J'espère que notre forte amitié durera tout le temps.

A mes beaux frères : Matthieu, Eric et Thibaut pour m'avoir supportée !!!

A mes neveux et nièces : Maelle Arthur et Elouan : la relève est assurée ! Vous êtes tous aussi adorables les uns que les autres.

A ma tante Christine qui a toujours une pensée pour moi.

A mon oncle Yannick qui a toujours été fier de ses nièces.

A mon oncle Gérard et à ma tante Magda à qui je pense même si je ne les vois pas souvent.

A mes cousins Sandrine, Mickael, Virginie et Déborah : vous me manquez, les cousinades une fois par an ça ne suffit pas !

A Solenn ma filleule et à sa famille Marie Nicolas et Loan.

A mes amis,

A Linda, euh c'est déjà fait non ?

A Manu pour tous ces moments à crapahuter dans la montagne. A quand le prochain « trekking » ?

Aux Nantais : Marie (ma sage-pouf préférée) et Christophe, Sophie (ma cops de promo adorée) et Mathieu, Fred (mon vendeur de vent !) et Audrey, Helene (ma dentiste personnelle) et Vincent et Fanny (ma petite Gothique Fan de Myazaki) et Gaëtan, Bastien (le métalleux) et Nathalie, vous me manquez tous, j'ai du retard à rattraper !

A mon équipe : Laure, Adeline, Amélie, Virginie, Marie, Manon, Caro, Anne, Estelle, Clem...Devenues de vraies amies avec qui j'ai passé des moments magiques (Tctc...). Comme on Bristol ! Trop de choses à raconter ici, en tous cas vous êtes vraiment devenues de vraies amies à mes yeux. (Mais non je ne vous oublie pas Laurent et Fabien !! après ce qu'on vous en a fait baver à nous côtoyer !!)

A Jean (de Monoblet !) pour m'avoir si souvent soutenue et supportée, et de m'avoir aidé pour ma thèse : mon informaticien préféré.

A Cathy, Jany, Lucie et Grégoire : vous ne savez pas quoi ? : Je me suis mise à coincher !!! Alors a quand une soirée Cheylasienne ? Grenobloise ? Moutierraine ? Cévenoles ? En L.A ou en Touraine ?????

A Mathilde, Claire D et (re)Laure : mes cocottes Nantaises qui sont venues s'expatrier avec moi dans le pays alpin.

A Nadège pour nos années lycéennes et Jeff, Belem et Hélène, à bientôt pour un week-end sur Panam.

A Joëlle Anne-Claire et Charline qui ont su cohabiter avec moi, et certains sauront que ce n'ai pas facile !!!!

A Emilie, (re)Joelle, Maud, Yann, Titi, Aurélie, Benjamin etc pour toutes ces soirées « internats » à Kambéry ou ailleurs !

Et aussi à Nancy, Anne-Laure, Sophie, Zouill, Elophe, Anais, Elodie...

A Coca-Cola Zero® et Freedent® qui m'ont accompagné tout au long du travail.

Un grand merci à tous

A toutes les personnes présentes lors de ma soutenance.

Merci.

liste des abréviations

B/R : Bénéfice/Risque

CMU : Couverture Médicale Universelle

DTP : Diphtérie-Tétanos-Polio

FMC : Formation Médicale Continue

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

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

Inf : Infectieux

MMR : Measles-Mumps-Rubella

Nb : Nombre

OMS : Organisation Mondial de la Santé

PIP : Poly Implant Prothèse

QCM : Questionnaire à Choix Multiple

ROR : Rougeole-Oreillon-Rubéole

SEP : Sclérose-En-Plaque

Sommaire

1 - INTRODUCTION	15
2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
2.1 - Schéma de l'étude.....	17
2.2 - Objectifs de l'étude	17
2.3 - Population étudiée.....	17
2.4 - Description du questionnaire	18
2.5 - Recueil et analyse des données	18
3 - RÉSULTATS	20
3.1 - Description de la population	20
3.1.1 - Taux de réponse.....	20
3.1.2 - Caractéristiques sociodémographiques.....	20
3.2 - Connaissances et comportements vis-à-vis de la rougeole dans la population étudiée.....	20
3.3 - Modifications des pratiques avant et après épidémie	21
3.4 - Analyse des médecins généralistes concernant les freins	21
3.4.1 - Le « lobby » anti-vaccin.....	21
3.4.2 - La crainte du vaccin.....	22
3.4.3 - La croyance en la bénignité de la maladie et/ou sa disparition	22
3.4.4 - Vaccin non obligatoire	23
3.4.5 - L'oubli.....	23
3.4.6 - Le manque d'information et la perte de confiance	23
3.4.7 - Le nombre d'injections	23
3.4.8 - Aucun	23
3.5 - Analyse des médecins généralistes concernant les freins parentaux modifiés par l'épidémie.....	24

3.6 - Solutions proposées [Tableau VI]	24
3.6.1 - L'information.....	24
3.6.2 - Propositions plus radicales	24
3.6.3 - Plus de tolérance.....	25
3.6.4 - Les « découragés » et leurs solutions	25
3.6.5 - La maîtrise des médias.....	26
3.6.6 - Autres solutions proposées	26
3.6.7 - Un médecin anti-vaccination	26
4 - DISCUSSION	28
4.1 - Principaux résultats de l'étude	29
4.2 - Discussion des résultats	30
4.2.1 - Modification de la pratique vaccinale depuis le pic épidémique	30
4.2.2 - Analyse des freins et de leurs solutions.....	31
4.2.2.1 : Le lobby anti-vaccin	31
4.2.2.2 : La peur du vaccin	32
4.2.2.3 : Le nombre d'injections	33
4.2.2.4 : La dualité vaccins obligatoires/vaccins recommandés	33
4.2.2.5 : L'oubli	34
4.2.2.6 : Inefficacité du vaccin	34
4.2.2.7 : Le coût de la rougeole.....	35
4.2.2.8 : L'information	35
4.2.3 - Limites de l'étude.....	36

1 - Introduction

Il existe depuis 2008 une recrudescence de la rougeole ; cette épidémie s'est aggravée en 2010 pour atteindre un pic en 2011. L'épidémie touche essentiellement la moitié sud de la France. En janvier 2011, près de la moitié des cas ont été déclarés en Rhône-Alpes. La rougeole reste une pathologie grave et les derniers chiffres rapportent en France en 2011 : 16 complications neurologiques, 714 pneumopathies graves avec un total de 6 décès [1]. Elle représente aussi une dépense de santé non négligeable qui aurait pu être évitée par une meilleure vaccination [2].

L'objectif fixé par l'OMS d'une couverture vaccinale de 95% (plan d'élimination de la rougeole débuté en 2005 en France [3 ;4]), dans le but d'éradiquer la maladie, n'a pas été atteint (environ 90%). La couverture vaccinale insuffisante contribue à la propagation de l'épidémie [1].

Comment expliquer cette couverture vaccinale insuffisante ? De nombreux travaux ont étudié les freins parentaux [5 -14] et médicaux [15 -19] : il s'agissait surtout d'études anglo-saxonnes. De nombreuses initiatives ont été mises en place pour essayer de favoriser la vaccination [1 ; 8 ;20 ;21] : média, informations aux médecins, informations aux patients... mais ces mesures restent insuffisantes pour convaincre l'ensemble de la population et du personnel médical. Les études sur le sol français sont moins nombreuses, notamment en Rhône-Alpes une des zones les plus touchées par l'épidémie.

C'est un sujet qui concerne directement les médecins généralistes, entre autres professionnels de santé (pédiatre, médecin du travail...), nous sommes en effet en première ligne pour promouvoir le vaccin et appliquer les mesures qui permettraient de limiter l'épidémie.

Dans ce travail, nous avons voulu analyser l'impact de l'épidémie de rougeole sur la perception de cette maladie et les comportements vaccinaux dans notre région.

Un questionnaire a été envoyé par mail à 468 médecins généralistes de Rhône-Alpes, afin d'obtenir leur avis par rapport à la vaccination avant/après le pic épidémique de 2011 et sur les solutions qu'ils pourraient éventuellement proposer pour limiter ces freins.

2 - Matériel et méthode

2.1 - Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur du déclaratif, par questionnaires envoyés par courrier électronique à 468 médecins généralistes de Rhône-Alpes.

2.2 - Objectifs de l'étude

Objectif principal : rechercher une modification de la pratique vaccinale avant et après le pic épidémique de rougeole en 2011 dans la communauté des médecins généralistes de Rhône-Alpes.

Objectifs secondaires : déterminer les types de médecins qui vaccinent le moins, dépister les freins modifiés par cette épidémie, étudier les avis des médecins généralistes confrontés à cette problématique.

2.3 - Population étudiée

468 médecins généralistes ont été sélectionnés dans la région Rhône-Alpes :

- 208 médecins ont été sélectionnés à partir de la liste des contacts de médecins du service de maladies infectieuses du CHU de Grenoble (généralistes des patients hospitalisés).
- 260 médecins ont été sélectionnés lors d'un tirage au sort aléatoire (lors d'une autre thèse) [23], dans les listes départementales de médecins généralistes en exercice recueillies auprès des hôpitaux de Grenoble (38), Chambéry (73) et Thonon-les-Bains (74). Les adresses mail ont été obtenues après sollicitation téléphonique.

L'ensemble des médecins ont reçu à deux reprises le questionnaire entre le 5 avril et le 20 juin 2012.

2.4 - Description du questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) créé le 4 Avril 2012 et testé sur 7 médecins généralistes, comporte 26 questions à réponses fermées et 4 questions à réponses ouvertes.

Les questions 1 à 13 permettent de décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population, notamment leur mode de formation continue.

Les questions 14 à 20 rapportent les habitudes vaccinales avant et après le pic épidémique de 2011.

Les questions 20 à 28 analysent les freins à la vaccination que nous avons listés à partir d'une analyse de la littérature [5 -18 ;21 ;24 ;25].

Les questions 29 à 30 sont des questions ouvertes permettant de synthétiser l'avis des médecins concernant les freins médicaux, sociaux, parentaux et les propositions de solutions éventuelles.

Le questionnaire a été créé à partir de Google document®, puis envoyé par courrier électronique.

2.5 - Recueil et analyse des données

Les données (réponses aux questionnaires) ont été rapportées via un tableur Google document® (base de données en ligne) sur Microsoft Office Excel 2007®, puis traitées à l'aide du logiciel StatView®. La confidentialité des données a été assurée tout au long de l'étude.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques des répondants a été réalisée. Les variables qualitatives étaient présentées sous forme de pourcentages avec un intervalle de confiance à 95% et les variables quantitatives sous forme de médianes et espaces interquartiles. L'association entre chacune des réponses avant et après l'épidémie de rougeole a été testée à l'aide du test du Chi².

L'association entre les réponses et le mode d'exercice a été testée à l'aide du test de Chi2. Une valeur de $p < 0.05$ a été choisie comme seuil de significativité statistique. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel StatView®.

3 - Résultats

3.1 - Description de la population

3.1.1 - Taux de réponse

Le taux de réponse était de 28.4% parmi les 468 médecins interrogés soit 132 médecins.

3.1.2 - Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 132 médecins répondants, la moitié sont des hommes. La médiane d'âge est de 46 ans. 94 (76.4%) médecins ont obtenu leur thèse il y a plus de 10 ans. Plus de la moitié (57.2%) exercent en cabinet de groupe. La plupart (116 (87.8%)) ont des dossiers informatisés et/ou accès à internet (127 (95%)). 68 (51.5%) médecins déclarent travailler en milieu urbain, 49 (37.1%) en milieu semi-rural et 15 (11.3%) en milieu rural. Plus de la moitié (54.5%) pratiquent entre 20 et 25 actes par jour. 15 (11.5%) pratiquent des médecines alternatives. La moitié (50.7%) des médecins assistent à 1 à 5 FMC par an et 9 (6.8%) à aucune. [Tableau I].

3.2 - Connaissances et comportements vis-à-vis de la rougeole dans la population étudiée

19 (14.39%) médecins interrogés ont reçu une injection contre la rougeole, 11 (8.3%) n'en ont reçu aucune, 73 (55.3%) ont un antécédent de rougeole maladie et 29 (21.9%) ont reçu deux injections.

47 (35.6%) déclarent avoir lu la dernière recommandation sur la rougeole en 2012, 59 (44.7%) en 2011, 8 (6%) en 2010, 3 (2.3%) avant 2010 [Tableau II].

Le mode d'exercice, le sexe, le nombre d'actes pratiqués par jour, le statut vaccinal du médecin, n'influencent pas de façon significative la façon de vacciner.

3.3 - Modifications des pratiques avant et après épidémie

La motivation à vacciner avant et après le pic épidémique a été modifiée de façon significative d'après nos résultats [Tableau III]. Par exemple, 44 (33%) médecins évaluaient comme très importante leur motivation à vacciner avant l'épidémie contre 86 (65.15%) après [Graphique 1].

42.5% des médecins déclarent vacciner plus fréquemment depuis l'épidémie.

De même, la notion de présence de cette pathologie sur le territoire français et la perception de sa gravité ont été significativement modifiées par l'épidémie.

94 (71%) médecins pensent informer d'avantage leur patientèle depuis l'épidémie.

D'autres freins ont été modifiés : moins d'oublis de vaccination, changement de la perception des effets indésirables.

Dix-neuf (35%) médecins pensent que la vaccination anti-rougeole est partiellement inefficace.

La dualité vaccins obligatoires/vaccins recommandés est un frein pour 40 (30.3%) médecins interrogés. La vaccination ne surcharge pas le calendrier vaccinal pour 126 (95.5%) d'entre eux et 51 (38.9%) pensent qu'ils sont moins confrontés aux refus parentaux.

Enfin, l'oubli de vacciner chez l'adulte est significativement plus important que chez l'enfant.

3.4 - Analyse des médecins généralistes concernant les freins

Les freins les plus souvent rapportés sont variables [Tableau IV].

3.4.1 - Le « lobby » anti-vaccin

Cette tendance « anti-vaccin » est la plus citée, 23 des médecins l'ont exprimée : *« lobbying anti-vaccin très puissant » « croyances » autour de la vaccination, puissance des ligues anti-vaccin ».*

D'autres remarques vont dans le même sens : 8 des médecins évoquent la vogue des médecines alternatives anti-vaccins (vaccins homéopathiques par exemple) et de la naturopathie : *« les hoax des pseudo-médecines naturelles » « climat de naturopathie en vogue actuellement »*.

Douze médecins parlent de l'aspect « rumeurs » véhiculant des idées fausses sur la vaccination : *« les cancans à la sortie de l'école la sœur du voisin de ma concierge qui sait mieux que tout le monde »*.

Dont celles rapportés par du personnel médical paramédical ou enseignant :

« Homéopathes ostéopathes et kinésologues (5+5+3) découragent les familles sur mon secteur rurale. A noter que j'interviens aussi en crèche ou même le personnel est contre le vaccin pour eux même et leurs enfants, sauf la directrice malgré plusieurs réunions sur ce thème. A noter aussi ma patientèle est plutôt de milieu modeste, voire en difficulté économique et très réceptive aux médecines parallèles pourtant non remboursées ».

« les représentations souvent véhiculées par les paramédicaux et les enseignants (en privé). ».

3.4.2 - La crainte du vaccin

40 médecins interrogés perçoivent la crainte du vaccin comme un frein, exprimée sous différentes formes : la peur du vaccin en général (8), des effets indésirables (21), de l'autisme (4), du vaccin vivant (2) et enfin les peurs augmentées depuis les polémiques du vaccin H1N1(4) et du vaccin hépatite B (3) :

« Peur des patients depuis la polémique sur H1N1 »

« idées reçues et préjugés sur les risques liées à la vaccination, renforcées par les doutes sur le lien vaccination hépatite B et SEP malheureusement non démenti officiellement et de manière claire auprès du grand public et même des médecins ».

3.4.3 - La croyance en la bénignité de la maladie et/ou sa disparition

14 médecins évoquent le fait que les patients (voir les médecins) pensent que la rougeole est une maladie bénigne : *« notion depuis longtemps, dans la population générale de maladie bénigne »*, souvent en rapport avec un antécédent familial de

rougeole sans complication, ou imaginant que c'est une maladie infantile ne nécessitant pas de vaccination chez l'adulte : « *« c'est une maladie de bébés » donc pas de raisons de vacciner les ados ou les adultes* ».

La croyance en la disparition de la rougeole sur le sol français est constatée par 3 médecins : « *les patients pensent que c'est une maladie bénigne car ils ne la voit plus* ».

3.4.4 - Vaccin non obligatoire

Le fait que le vaccin soit non obligatoire est considéré comme un frein par 13 médecins.

3.4.5 - L'oubli

4 des médecins parlent de l'oubli chez l'adulte et 8 de l'oubli en général, notamment en évoquant le problème des consultations pour autre motifs ne laissant pas le temps pour penser à (ou faire) la vaccination

3.4.6 - Le manque d'information et la perte de confiance

3 médecins évoquent le manque d'information pour les patients et 2 le manque de formation des médecins. 2 médecins parlent de la perte de confiance envers les autorités publiques et les firmes pharmaceutiques :

« Le fait que les médecines parallèles prennent trop de place ; les familles se détournent de la médecine traditionnelle à cause de l'histoire du Médiator, du sang contaminé, du lobby des laboratoires, des prothèses PIP. Il faut revenir à une médecine de proximité, d'écoute, du médecin de famille.etc... ».

3.4.7 - Le nombre d'injections

5 médecins considèrent que le nombre d'injections est un frein.

3.4.8 - Aucun

12 médecins considèrent qu'il n'y a aucun frein pour cette vaccination.

3.5 - Analyse des médecins généralistes concernant les freins parentaux modifiés par l'épidémie.

L'épidémie a principalement permis de prendre conscience que la rougeole était toujours présente sur le sol français (88 (66.6%)) et qu'elle pouvait être grave (77 (58.3%)). Nous retrouvons également une augmentation de l'information et des médias (49 (37.12%) chacun).

3.6 - Solutions proposées [Tableau VI]

3.6.1 - L'information

Les médecins proposent le plus souvent d'augmenter l'information. Au total 67 (50.75%) médecins parlent d'insister sur l'information, que ce soit l'information aux patients (25), ou l'information sur la gravité de la pathologie (9) :

« plan média sur le nombre de cas le nombre de morts et de séquelles graves (...) comme pour le tabac savoir être plus trash »

« l'historique de la rougeole : montrer l'état des populations avant la vaccination : handicaps, décès etc »,

L'information doit aussi concerner les effets indésirables et l'efficacité du vaccin (4). Elle doit être claire et loyale (2). La campagne vaccinale pourrait être améliorée et intensifiée (notamment par l'intermédiaire des médias) (15). Les chiffres de l'épidémie pourraient être diffusés (nombre de cas, nombres de complications...) au grand public (7) :

« diffusion grand public des bilans chiffré et vérifiés épidémio des maladies inf et des complications dument observées »,

Cette information et les formations des médecins et du personnel paramédical devraient être plus importantes : *« favoriser l'information sensibiliser les médecins (encore beaucoup de médecins sont réticents à vacciner me semble-t-il) ».*

3.6.2 - Propositions plus radicales

16 (12.12%) médecins proposent l'obligation vaccinale contre la rougeole. Un médecin propose l'interdiction des médecines parallèles :

« interdire les pata médecines (homéopathie...acuponcture...phytothérapie...pèlerinage) ».

Un médecin propose d'écrire systématiquement le refus des parents sur le carnet de santé.

3.6.3 - Plus de tolérance

5 médecins proposent d'être plus tolérant avec les diverses croyances des patients, de discuter de leurs réticences, en donnant des informations éclairées pour essayer de les faire changer d'opinion en douceur. Ils proposent également de respecter le choix du patient et qu'aucun vaccin ne soit obligatoire pour la liberté individuelle. Enfin, ils suggèrent de créer une relation de confiance pour jouer en la faveur de la vaccination :

« une meilleure clarté sur la communication.... dans les 2 sens, et que les vaccins ne soient pas obligatoires.... abus de pouvoir! ».

3.6.4 - Les « découragés » et leurs solutions

7 médecins considèrent comme cause perdue de convertir les patients anti-vaccins :

« la bêtise est incurable » « je ne vois pas de solution à la mauvaise foi ou au fanatisme : il est très difficile de changer les mentalités! » «aucune-c'est français »

« un lavage de cerveau de ces patients récalcitrants »

« Peut-on être efficace contre la foi en une conviction même déraisonnable ?? »

Deux d'entre eux proposent des solutions :

« "l'éducation" des patients par les campagnes de vaccination ne toucheront pas les anti-vaccination... Le seul espoir de peut-être faire changer ces patients de point de vue passe par une attitude centrée sur le patient : prendre le temps d'écouter leurs propres représentations et partir de cela pour tenter de les faire évoluer. »

« c'est à dire à part la greffe de cerveau ? ... donner des chiffres objectifs, à diffuser. sur l'épidémie au niveau mondial également. ça devrait calmer l'ardeur des "accessibles au raisonnement". mais attention, pour les bio-intégristes, toute information trop insistante sera considérée comme une pression des lobbys pharmaceutiques ... la marge d'action me paraît donc maigre ... »

3.6.5 - La maîtrise des médias

7 médecins proposent la maîtrise des médias comme solution en faveur d'une meilleure couverture vaccinale. Un médecin propose de poursuivre systématiquement les journalistes diffusant des informations erronées sur les vaccins ou les pathologies. 5 médecins pensent qu'il faut éviter les polémiques vaccinales sur les médias (notamment avec une politique vaccinale moins précipitée).

3.6.6 - Autres solutions proposées

4 médecins proposent de diminuer le nombre d'injections en créant plus de vaccins combinés ou en concevant une autre voie d'administration. Un médecin propose d'avoir systématiquement un stock de vaccins au cabinet pour pouvoir vacciner dès la prise de décision. Un médecin propose de comparer notre politique vaccinale à celle des autres pays en exposant l'état de santé des populations pour prouver que ce sont les bonnes décisions. Un médecin propose de « désacraliser » le vaccin qui est en France un acte exclusivement médical.

3.6.7 - Un médecin anti-vaccination

Parmi les médecins répondants, un seul est anti-vaccination rougeoleuse. Il a 65 ans, exerce seul en milieu urbain avec 26-30 actes par jour, a passé sa thèse en 1980, pratique des médecines alternatives (homéopathe, acuponcture, ostéopathie et mésothérapie) et a un antécédent de rougeole maladie. Depuis le pic épidémique, sa motivation à vacciner ne s'est pas modifiée : sa motivation est faible, il pense que la rougeole est rare en France et bénigne. Il croit en l'immunisation naturelle et en l'efficacité insuffisante du vaccin. Il pense que les effets indésirables sont trop importants par rapport aux bénéfiques et que cette vaccination surcharge le calendrier vaccinal. Il déclare à la question « pensez-vous plus vacciner contre la rougeole ? » : *« NON car le vaccin est peu efficace tous les cas de rougeole que j'ai constaté avaient été vaccinés deux fois ou plus et donc le vaccin ne fait que retarder la maladie et pas l'empêcher et à ce moment on vaccine toute la vie jusqu'à ce que mort s'en suive avec les effets secondaires, l'immunité naturelle est plus efficace les maladies infantiles sont utiles pour la maturation du système immunitaire les vaccins l'empêchent et cela fait des enfants malades toute l'année avec l'abus des vaccins à répétition inutiles et inefficaces ».*

A la question « quels sont les freins pour vous ? » :

« inefficacité du vaccin effets secondaires doutes sur l'innocuité nombreux articles parus dans la presse médicale relatant la relation entre autisme et maladie de Crohn et vaccins ROR ».

Et enfin à la question de proposition de solutions :

« immunité naturelle conférée par la maladie une fois pour toute dans la vie et pas le harcèlement des vaccins qui rendent les enfants malades toute l'année ».

4 - Discussion

La rougeole est un micro-organisme du genre Morbillivirus de la famille des paramyxoviridae. La période d'incubation dure de 10 à 12 jours et la contagiosité commence 5 jours avant l'apparition de l'éruption maculo-papuleuse (ce qui permet sa propagation dans la population) et jusqu'à 5 jours après (annexe 2). C'est une infection hautement contagieuse par voie aérienne et plus rarement par objets contaminés. Elle entraîne parfois des complications : déshydratation, hépatite biologique, pneumopathie et encéphalite, pouvant conduire au décès.

Devant le diagnostic clinique, il faut faire une déclaration obligatoire (annexe 3) et une confirmation biologique par kit salivaire ou sérologie afin de confirmer l'infection avant de mettre en œuvre les mesures préventives autour du cas [3].

Le vaccin trivalent ROR est actuellement celui qui est conseillé. Le schéma vaccinal recommandé actuel prévoit une première injection à 12 mois (9 mois si vie en collectivité) et une 2^{ème} dose entre 13 et 24 mois (12 et 15 en cas de première injection à 9 mois). De façon générale, pour l'adulte né après 1980, deux doses sont recommandées, ce qui simplifie le schéma vaccinal. Les contre-indications concernent les personnes immunodéprimées (VIH, corticothérapie...), les femmes enceintes et l'allergie à l'un des composants. Le vaccin peut engendrer une réaction pseudo-rougeoleuse bénigne et une réaction locale. Ce vaccin a été controversé dans d'autres pays (notamment les pays anglo-saxons) par rapport au risque d'autisme [35 ;36], mais les études effectuées n'ont pas retrouvé de lien de causalité [37 ;39].

L'épidémie actuelle sévit depuis 2008 avec aggravation en 2010 et un pic épidémique en 2011 avec plus de la moitié des cas en région Rhône-Alpes (annexe 4 et 5) [26 ;27]. Plusieurs éléments font, qui plus est, suspecter une sous estimation du nombre de cas (cas non déclarés lors des investigations de cas groupés, contamination intrafamiliale qui ne consultent pas, déclaration des laboratoires supérieurs en nombre à celle des médecins...).

Pour de nombreux généralistes, les cas de rougeoles rencontrés au cours de cette épidémie étaient les premiers de leur exercice.

Les enfants de moins de un an et les adultes jeunes ont constitué la population la plus touchée. 82% des cas étaient non vaccinés, 13% avaient eu une seule dose et 3% deux doses. Le reste de l'Europe est aussi touché mais de façon inégale selon les pays (annexe 6) [28], de même au niveau mondial [29].

4.1 - Principaux résultats de l'étude

Le taux de réponse à l'enquête était de 28.4%, la moitié était des hommes et la moyenne d'âge était de 47.8 ans. Le mode d'exercice, le sexe, le nombre d'acte par jour et le statut vaccinal du médecin n'influencent pas de façon significative le comportement vaccinal.

Après le pic épidémique, la motivation à vacciner a augmenté de façon significative, ainsi que la notion de présence de la rougeole sur le sol français et de la perception de sa gravité. Les oublis et les refus parentaux ont diminué de façon significative. Nous retrouvons également une augmentation de l'information de la patientèle par les médecins.

La dualité vaccins obligatoires/recommandés est un frein pour 30.3% des médecins répondants et la vaccination ne surcharge pas le calendrier vaccinal pour 95.5% d'entre eux. L'oubli de vacciner l'adulte est significativement plus fréquent que chez l'enfant. Il y a moins d'oublis de vaccination depuis l'épidémie.

Le lobby anti-vaccin, la peur du vaccin, les idées erronées sur la maladie (bénignité, disparition...), la non obligation vaccinale, l'oubli, le manque d'information, la perte de confiance et le nombre d'injections sont les freins les plus retrouvés.

4.2 - Discussion des résultats

4.2.1 - Modification de la pratique vaccinale depuis le pic épidémique

L'épidémie a modifié la motivation à vacciner. Avant l'épidémie seulement 33.3% des médecins évaluent leur motivation comme très importante. Hors, il y aurait une meilleure couverture vaccinale lorsque la motivation est très importante [30]. Cette motivation insuffisante avant l'épidémie peut expliquer les données de couverture vaccinale en dessous des recommandations. En effet, le taux de couverture vaccinale (deux doses) recommandé par l'OMS était de 95% [32], hors le taux de couverture vaccinale n'était que de 90.1% en 2007. La couverture vaccinale à 24 mois est en légère augmentation jusqu'en 2007, mais toujours en dessous de la cible des 95% (annexe 7). Les données provisoires de 2008 donnent une estimation à 88.8%. Le statut vaccinal s'améliore avec les doses de rattrapage (annexe 8). Il y avait donc des efforts à faire pour la motivation à la vaccination auprès des médecins généralistes. D'après notre étude, le pic épidémique a entraîné une amélioration significative de la motivation à vacciner, une diminution des oublis et une prise de conscience de la présence et de la gravité de la rougeole. Nous pouvons donc espérer une meilleure couverture vaccinale dans l'avenir.

Selon notre étude, le mode d'exercice, le sexe, le nombre d'acte par jour et le statut vaccinal du médecin n'influencent pas de façon significative sur la façon de vacciner, ce qui est différent des données de la littérature [15 ;31] : une étude française a retrouvé que les médecins les plus âgés (41-50), pratiquant l'homéopathie ou d'autres médecines alternatives, ayant eu l'expérience d'une complication vaccinale grave, ayant une faible proportion de patients bénéficiant de la CMU, non vaccinés eux même contre l'hépatite B, habitant la région méditerranéenne ou pratiquant des dépassements d'honoraires, vaccinaient moins contre le ROR [15]. Il est intéressant de regarder les réponses du médecin qui est le seul se déclarant anti-vaccination rougeoleuse et qui a des critères sociodémographiques correspondant à ceux de la littérature : des plus âgés (65 ans et année de thèse en 1980) et pratiquant l'homéopathie et d'autres médecines parallèles (homéopathe, acuponcture ostéopathe et mésothérapie). Il est probable que parmi les médecins non répondants la proportion de praticiens anti-vaccination soit plus importante.

Les refus parentaux ont aussi diminué d'après le ressenti des médecins répondants, surtout grâce à la notion de la présence et de la gravité de la rougeole mais aussi par augmentation de la circulation d'information que ce soit par des personnes de l'entourage (famille, médecins, personnel paramédical...) mais aussi par les médias (journaux télévisés, radio, émissions, slogans de campagne vaccinal, magazines, sites internet...). Des études ont pourtant déjà été menées pour rechercher des freins à ces vaccinations [39 ;40 ;41], mais à priori insuffisantes. Par exemple, le plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes 2011-2015, ne prévoit pas d'insister sur le sujet dans son programme [42].

L'épidémie a donc permis de faire avancer l'état d'esprit des médecins et des patients en faveur de la vaccination, grâce à cette prise de conscience et à l'augmentation de la diffusion de l'information. Elle a constitué, en quelque sorte, une formation continue obligatoire, beaucoup de jeunes médecins n'ayant jamais vu de rougeole auparavant.

4.2.2 - Analyse des freins et de leurs solutions

4.2.2.1 : Le lobby anti-vaccin

Le lobby anti-vaccin est de loin le frein le plus cité (35.58%). Cette tendance a bien été retrouvée dans la littérature [6 ; 10 ; 13 ; 21 ; 24], notamment alimentée par les polémiques sur les vaccinations hépatite B et SEP (spécificité française [6]) et H1N1. La mode des médecines alternatives qui semblent moins invasives que l'allopathie, et de la naturopathie (immunisation naturelle au contact de la maladie), appuient également les arguments des anti-vaccinations [24 ; 33]. Enfin, les rumeurs contre la vaccination (fausses idées des effets indésirables, d'inefficacité...) de l'entourage contribuent elles aussi à cette tendance. D'ailleurs, certaines communautés ont des couvertures vaccinales inférieures, entretenant des croyances différentes [34] et s'imaginant à l'écart de risque de contagion car se mélangeant moins à la population. Une confiance plus importante est attribuée à leur communauté plutôt qu'aux autorités publiques ou qu'à leur médecin. Les principaux arguments de ces anti-vaccinations sont : le risque d'effets indésirables liés à la stimulation du système immunitaire ou à l'injection de produit toxique, l'inefficacité du vaccin, le trop grand nombre d'injections aux enfants et enfin l'atteinte à la liberté individuelle.

4.2.2.2 : La peur du vaccin

La crainte du vaccin et surtout de ses effets indésirables, qu'ils soient sévères et retardés, bénins et immédiats ou hypothétiques, est aussi un argument très retrouvé dans la littérature [5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 10 ; 12 ; 24 ; 33]. Une polémique a lieu dans les pays anglo-saxons sur le vaccin ROR accusé de favoriser l'autisme et les maladies inflammatoires intestinales [35 ; 36]. Bien que plusieurs études n'aient pas retrouvé de lien de causalité [37], cette suspicion est restée un frein majeur à la vaccination anti-rougeole dans ces pays [38]. Cette polémique n'a pas ou peu eu lieu en France, cependant, on peut penser qu'elle ait pu atteindre une partie de la population française (enseignants, personnes ayant des échanges internationaux...) qui peuvent à leur tour, douter de l'efficacité et de la sécurité du vaccin et ainsi alimenter les politiques anti-vaccinales.

Le problème de la culpabilité parentale est un véritable enjeu : en effet, ce sont eux qui choisissent de vacciner et par ce biais ils peuvent se sentir responsables des effets secondaires [12]. Hors, rester passif en n'effectuant pas de vaccination, ne les rend pas directement responsables d'une éventuelle pathologie : les parents préfèrent ne pas se sentir responsables devant les maux de leurs enfants ; ils sont souvent plus préoccupés par le risque de prendre une mauvaise décision que par les données de santé [12].

Une maladie éventuellement incurable peut davantage effrayer que la rougeole, souvent considérée comme bénigne [20] ; les parents préfèrent les risques d'une maladie connue que le moindre risque d'une maladie inconnue avec des conséquences méconnues [8]. Il en est de même pour la responsabilité médicale : certains médecins préfèrent se réfugier derrière le « primum non cere » estimant que, devant l'état actuel des connaissances, il peut y avoir des effets indésirables des vaccins encore méconnus et préfèrent, par principe de précaution, ne pas administrer le vaccin.

La perte de confiance envers les firmes pharmaceutiques et les autorités publiques alimente grandement cette crainte du vaccin, argument retrouvé dans notre étude et dans la littérature [12 ; 24]. Cette perte de confiance a été renforcée par différents

faits récents : les polémiques sur les vaccinations H1N1 et Hépatite B, l'affaire du médiateur, les prothèses PIP...

4.2.2.3 : Le nombre d'injections

95.5% des médecins pensent que l'injection du ROR ne surcharge pas le calendrier vaccinal et seulement 3.78% pensent que le nombre d'injections est un frein. Hors, dans la littérature, nous retrouvons ce frein assez fréquemment du côté parental [6 ; 7 ; 18 ; 33]. Nous pouvons donc nous demander si ce frein parental n'est pas insuffisamment pris en compte par les médecins. Décerner les craintes parentales est essentiel pour pouvoir en discuter, rassurer les patients quant à la douleur minime et brève du vaccin, montrer de la compréhension pour améliorer la discussion sur le rapport bénéfice/risque et ainsi avoir une meilleure influence sur le choix final.

4.2.2.4 : La dualité vaccins obligatoires/vaccins recommandés

La dualité vaccins obligatoires/vaccins recommandés (spécificité que la France partage avec peu de pays européens) est un frein pour 30.3% des médecins répondants et 12% proposent l'obligation vaccinale. Le concept que le DTP soit obligatoire car plus important que le ROR trouble l'application du calendrier vaccinal en introduisant à tort dans l'esprit du public qu'un vaccin recommandé peut être facultatif [5 ; 6]. Les parents anti-vaccins choisiront de faire le moins de vaccinations possible et donc uniquement les obligatoires. Le même principe sera applicable pour les parents considérant qu'il y a trop d'injections. Deux solutions doivent être discutées :

- rendre tous les vaccins non obligatoires pour faire comprendre que le DTP et le ROR ont la même importance et permettre une plus grande liberté individuelle. Ceci enlèverait un argument aux anti-vaccinations, mais cette solution risquerait de faire diminuer la couverture vaccinale du DTP.
- rendre le ROR obligatoire, difficile à imaginer à notre époque où cela constituerait une atteinte à la liberté individuelle. Le caractère systématique ou de masse d'une vaccination généralisée est de plus en plus en opposition avec les tendances individualistes et /ou libérale de nos sociétés occidentales. Le terme bénéfice collectif peut être perçu de différentes façons par le public :

soit il motive devant l'espoir d'améliorer la santé de la population, soit il devient rebutant car l'individu se sent confondu dans la masse et invoque sa liberté de choix [6].

Le médecin répondant « aucun-c'est français » dans les propositions de solutions peut faire référence au caractère individualiste de la France [5]. L'obligation a permis d'appliquer facilement la vaccination en France pour les maladies graves, mais elle a aussi empêché les médecins d'apprendre à expliquer la vaccination et, par ce, d'obtenir le consentement éclairé [6].

4.2.2.5 : L'oubli

L'oubli vaccinal est fréquemment évoqué dans la littérature [7 ;14]. Certains soulèvent le problème de la contrainte de temps ou l'oubli lorsque le patient vient pour autre chose. Par exemple, les enfants des familles nombreuses sont moins bien vaccinés [14] vraisemblablement par oubli de consultations, déjà nombreuses devant les maladies intercurrentes et les vaccins des frères et sœurs. Des occasions sont aussi manquées par méconnaissance des contre-indications ou du calendrier vaccinal par les médecins [16 ; 18].

L'oubli chez l'adulte est significativement plus important d'après notre étude. Dans la littérature, on retrouve des freins spécifiques à la vaccination des adolescents tels que l'absence de visite préventive, leur désintérêt pour s'informer sur les vaccinations nécessaires ou la difficulté d'obtenir leur statut vaccinal [23]; on peut aussi penser que l'information sur l'importance du rattrapage de la vaccination chez l'adulte jeune soit insuffisamment comprise et admise. D'ailleurs, depuis l'épidémie, une baisse des oublis chez l'adulte est également constatée, nous pourrions en déduire que l'augmentation de l'information (due ici à l'épidémie), améliore la couverture vaccinale.

4.2.2.6 : Inefficacité du vaccin

35% des médecins répondants pensent que le vaccin est insuffisamment efficace. Hors, on constate que pendant l'épidémie seulement 3% des cas de rougeoles avaient eu un schéma complet de vaccination. Cette idée est aussi un frein à la vaccination retrouvé dans la littérature [7 ; 10 ;24]. Une meilleure information auprès des professionnels de santé paraît nécessaire devant cette donnée.

4.2.2.7 : Le coût de la rougeole

Une plus grande couverture vaccinale permet une moins grande dépense de santé. En comparant les politiques vaccinales, les taux de couvertures vaccinales et le cout total de dépenses contre la rougeole (prévention, vaccination, hospitalisation, arrêts de travail...), nous constatons que les pays investissant davantage dans la prévention et donc ayant une meilleure couverture vaccinale dépensent au total beaucoup moins que les autres pays (dont la France) [2]. Cet argument n'est que rarement retrouvé dans les informations adressées aux patients et aux médecins. Hors, nous sommes dans une période considérée comme en crise économique, les arguments pour l'économie nationale étant, par exemple, en tête de propositions des différents candidats aux dernières élections présidentielles nationales. Cet argument économique paraît donc très important auprès de la population et pourrait être davantage exploité pour convaincre un plus grand nombre d'individus.

4.2.2.8 : L'information

L'amélioration de l'information aux patients et au personnel médical semble être ici la pierre angulaire d'un renforcement de la politique vaccinale, ceci étant confirmé par les données de la littérature [5 ; 6 ; 8-10 ; 12-18 ; 21 ; 24 ; 33]. Cela permettrait de rassurer à propos des craintes injustifiées et d'informer sur l'efficacité réelle du vaccin, sur ses contre-indications, sur la gravité et la fréquence de la rougeole. Ceci est indispensable pour permettre un choix éclairé restituant la notion de liberté individuelle appréciée par le patient. Enfin, elle permet de sensibiliser sur les coûts de la rougeole pour la société et de diminuer les oublis.

Cette information devrait être donnée par l'intermédiaire des médecins et du personnel médical, ainsi que par les médias. Malgré les revendications des répondants, le contrôle des médias semble difficile [21]. L'information concernant la présence de la rougeole et la gravité de ses complications semble primordiale pour persuader la population. Les médecins répondants proposent d'ailleurs de diffuser les chiffres épidémiologiques au grand public, au risque d'être plus choquant afin de marquer la population. Ces solutions impliquent néanmoins pour le patient le risque de ressenti de harcèlement, d'atteinte à la liberté individuelle ou de pression des

lobbies pharmaceutiques [24]. L'information claire et loyale sur les connaissances de la vaccination, par un médecin convaincu, permettrait de regagner la confiance du patient et de le rassurer quant au mécanisme du vaccin qui mime la réaction naturelle. Des efforts sur l'information ont déjà été faits (site internet officiel de l'INPES avec des brochures [20], des slogans télévisés, des articles dans la presse grand public). Cependant, notre étude et la littérature révèle que cela est insuffisant [7 ; 8 ; 12 ; 13 ; 21]. La population où la couverture vaccinale est la plus faible [9 ; 11 ; 14], devrait constituer la cible principale de la campagne.

Enfin, la motivation du personnel médical (les médecins généralistes ont un rôle de première ligne d'éducation de prévention et de dépistage dans cette pathologie) et paramédical étant le principal garant d'une bonne couverture vaccinale, leur formation doit être réétudiée et ciblée selon les disparités géographiques et sociodémographiques qui sont connues [15 ; 31], avec par exemple d'avantage d'action de proximité qu'au niveau national.

4.2.3 - Limites de l'étude

Nous avons évalué les motivations et les fréquences à vacciner sur un mode déclaratif. Le déclaratif n'est pas le reflet sans biais de la réalité : il aboutit à l'expression estimée de ce qui est perçu par le médecin et écarte ainsi tout ce dont il n'a pas ou plus conscience. Nous l'avons cependant choisi car il est plus simple pour ce type d'étude (difficulté d'obtenir un taux de couverture avant/après épidémie, tous les médecins ne le l'inscrivant pas systématiquement dans leur dossier).

Le questionnaire peut poser problème : l'imprécision de certaines questions a pu causer une mauvaise compréhension et donc une perte de fiabilité des réponses.

Le faible pourcentage de réponses rend l'étude peu puissante et ne représentant probablement pas l'opinion exacte de tous les médecins.

Vaccination rougeole : l'épidémie actuelle a-t-elle modifié les comportements?

Thèse soutenue par **Claire Beaupain**

CONCLUSION

Nous avons actuellement une forte recrudescence de rougeole, notamment en Rhône-Alpes, avec des conséquences graves (6 décès en 2011). Cette épidémie était prévisible devant le taux de couverture vaccinale française insuffisant pour cette maladie. La problématique avait déjà été étudiée avant l'épidémie et des solutions ont été mises en place : information web et média par l'Inpes, information web et par courrier par l'Invs, prise en charge à 100% du vaccin par la sécurité sociale... Cependant, ces moyens n'ont pas été suffisants.

Nous avons réalisé une enquête qualitative de l'impact de cette épidémie de rougeole sur les comportements vaccinaux en Rhône-Alpes.

Notre étude montre une modification des habitudes vaccinales depuis le pic épidémique de 2011. Ces modifications sont le plus souvent attribuées à la prise de conscience aiguë de la présence de la rougeole et surtout de sa gravité par les médecins et les familles. Nous pouvons donc penser que l'information délivrée n'a pas été assez efficace.

De la même façon, les médecins interrogés pensaient que l'amélioration de l'information à la communauté médicale et au grand public devait constituer le pilier principal d'une meilleure politique de vaccination. Ils ont également évoqué d'autres solutions concernant le vaccin lui-même, ses modalités d'administration, l'organisation de la vaccination...

L'épidémie actuelle de rougeole a donc été à l'origine d'une prise de conscience importante des insuffisances de notre politique de vaccination. Elle semble avoir profondément modifié les comportements vaccinaux pour cette maladie. Elle doit pouvoir constituer un modèle de réflexion pour améliorer la politique générale de vaccination.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 18/3/2012

LE DOYEN

PROFESSEUR J-P ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE



5 - Bibliographie

1- Institut de veille sanitaire

Epidémie de rougeole en France données de déclaration obligatoire en 2010 et données provisoire pour début 2011 + actualisation des données au 20 mai 2011 Institut de veille sanitaire : Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes point de situation n°2011/06 du 18 Mars 2011-08-14.

www.invs.sante.fr. <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Sud/2011/decembre-2011/Surveillance-epidemiologique-rougeole-en-Paca.-Point-au-7-decembre-2011>

2- H Carabin W J Edmunds M Gyldmark P Beutels D Levy-Bruhl H Salo U K Griffiths

The cost of measles in industrialised countries
Vaccine 2003; 21: 4167-4177

3- Ministère de la santé et des sports

Circulaire N°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire de cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf

4- Haut conseil de la santé public

Avis relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes 11 février 2011 et Avis relatif aux mentions minimales obligatoires pour la publicité du vaccin rougeole-rubéole-oreillon Priorix.

www.hcsp.fr

5- P Bégué

Orientation et difficultés des vaccinations chez l'enfant en France.
Arch Fr Pediatr 1989 ; 46 :241-3

6- P Bégué

Conséquences des oppositions vaccinales en France et en Europe. Comment maintenir une couverture vaccinale efficace en 2010 ?

bull acad natle med 2010 ; 194 : 719-32

7- S Tickner P J Leman A Woodcock

Factors underlying duboptimal childhood immunisation

Vaccine 2006; 24 : 7030-36

8- C Wallace J Ieask LJ Trevena

Effect of a web based decision aid on parental attitudes to MMR vaccination : a before and after study.

BMJ 2005; 21; 332(7534) : 146-9

9- M Rotily V Guagliardo D Fontaine B Garros C Mayer

Evaluation de la couverture vaccinales ROR chez les enfants de trois ans dans 12 dep français.évolution temporelle t facteur associés .

rev epidemiol sante publique, 2001 ; 49 :337-41

10- L Bond T Nolan P Pattison J Carlin

Vaccine preventable diseases and immunisations : a qualitative study of mothers' perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers.

Australian and NZ journal of public health 1998; 22 : 441-46

11-C Vandermeulen M Roelants H Theeten A Depoortr P Van Damme K Hoppenbrouwers

Vaccination coverage in 14-Year-old adolescents : Documentation, timeliness, and sosioemographic determinants

Pediatrics 2008 ; 121: 428-34

12- B Gardner A Davies J mcAteer S Michie Beliefs underlying

UK parents' views towards MMR promotion interventions : A qualitative study.

Psychology, health and medicine 2010; 15: 220-230

13-U Heininger

An internet-based survey on parental attitudes towards immunization.
Vaccine 2006; 24: 6351-6355

14-Jun Li, Brent Taylor

Factors affecting uptake of measles, mumps, and rubella immunization
British medical journal 1993; 307: 168-71

15-MP janvrin F Baudier M Rotily JP Moatti

Opinion et pratiques des médecins généralistes face à la vaccination rougeole-oreillons-Rubéole.
Arch pediatr 1996 ; 3: 602-607

16-H Kenneth Lamden I Gmell

General practice factors and MMR vaccine uptake : structure process and demography.
Journal of public Health 2008; 30 : 251-257

17-Henderson R Oates K Macdonald H Smith WCS

General practitioners' concerns about childhood immunisation and suggestions for improving professional support and vaccine uptake
Communicable disease and public health 2004; 7 : 260-66

18-Helen D.Bailey Jennifer J.kurinczuk M.Kusel Aileen J.Plant

Barriers to immunization in general practice
Australian and NZ journal of public health 1999; 23: 6-10

19-Vaccins Convaincre et redonner confiance

La revue du praticien 2011

20-INPES

Recrudescence en France La Rougeole

http://search.atomz.com/search/?sp_q=rougeole&submit=Envoyer&sp-a=000a0c87-sp00000000&sp-t=inpes3.tpl.000a0c87

21-Michelle S.Nicholson J Leask

Lessons from an online debate about measles-mump-rubella immunization.

Vaccine 2012; 30 : 3806-12

22-M Aubert D Bouhour J Cheymol et Al.

i.d.é. VAC, question réponses sur les vaccinations

Guide pratique de l'infirmier

Avancées vaccinales 2012

23-G Angelucci

Evaluation des supports de formation en infectiologie des médecins généralistes des départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie.

Thèse de médecine générale université Joseph Fourier Grenoble 2011

24-H.Bazin

Histoire des refus vaccinaux .

Bull.acad.natle méd, 2010 ; 194 : 705-718,.

25-OsterNv McPhillips-Tangum Ca Averhoff F Howell K.

Barriers to adolescent immunization a survey of family physicians and pediatricians

J Am Board Fam Pract 2005; 18 : 13-9.

26- cellule de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) Rhône-Alpes

Surveillance sanitaire en Rhône-Alpes point de situation n°2011/06 du 18mars 2011

27-V Guagliardo AD Bouhnik P Verger

Estimation de la couverture vaccinale des enfants âgés de 2 à 4 ans en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
archive de pediatrie 2007 ; 14 : 338-44

28-Measles surveillance annual report 2009.

www.euvac.net

29-OMS,UNICEF

Données mondiales sur la vaccination.octobre2009
http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/

30-H Trier

Doctors' attitudes and MMR-vaccination
Scand J Prim Health Care 1991; 9 : 29-33

31-C Jestin A Gautier

Perception de la vaccination par les médecins généralistes.
ADSP 2010 ; 71 : 32-5

32- World Health Organization(WHO)

www.who.int

33-J Gaudelus

Vaccinations
La revue du praticien 2010 ; 60 : 1353-1401

34-L Hendersen C Millett N Thorogood

Perception of childhood immunization in a minority community : qualitative study
J R Soc Med 2008; 101: 244-51

35-A.J.Wakefield

MMR vaccination and autism

Lancet, 1999 ; 354 : 949-50

36-A.J.Wakefield, RM Pittilo, R Sim, et al

Evidence of persistent measles virus infection in Crohn's disease.

J Med Virol 1993; 39 : 345-53

37-Taylor B Miller E Farrington CP et al

Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association.

Lancet 1999 ; 353 :2026-9

38-Hilton, K Hunt, M Petticrew

MMR : marginalised, misrepresented and rejected? Autism : a focus group study.

S Arch Dis Child 2007; 92: 322-327.

39-Role of mass campaigns in global measles control

The lancet 1994; 344 : 174-75

40-M Pail Blanc

Rapport sur la politique vaccinale de la France

Office parlementaire d'évaluation des pratiques de santé assemblée nationale
n°237 sénat n°476

41-Haut conseil de la santé publique

Rapport relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale
2012-2017

42-Agence régionale de santé Rhône-Alpes (ARS)

Le plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes 2011-2015.

www.ars.sante.fr

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants

Médecin n (%)	N=132
Sexe	
Homme	65 (49.24)
Femme	67 (50.76)
Age	
Médiane	46
Moyenne	47.8
Année d'obtention de thèse	
Médiane	1993
Il y a plus de 10 ans	94 (76.4)
Entre 5 et 10 ans	17 (13.8)
Il y a moins de 5 ans	16 (13)
Exercice	
Cabinet seul	42 (32)
Cabinet de groupe	75 (57.2)
Remplaçant	15 (11.3)
Dossiers informatisés	116 (87.8)
Milieu urbain	68 (51.5)
Milieu semi-rural	49 (37.1)
Milieu rural	15 (11.3)
Nb d'actes < 20/jour	20 (15.15)
Nb d'actes entre 20-25/jour	70 (54.5)
Nb d'actes entre 26-30/jour	26 (19.7)
Nb d'actes >30/jour	14 (10.6)
Pratiquant des médecines alternatives	15 (11.5)
Nb de FMC en 2011	
>5	55 (41)
Entre 1-5	67 (50.7)
Aucune	9 (6.8)

Tableau II : Connaissances et comportement vis-à-vis de la rougeole dans la population étudiée

Médecin n (%)	N=132
Statut vaccinal du médecin	
1 injection	19 (14.39)
2 injections	29 (21.9)
Aucune injection	11 (8.3)
Antécédent de rougeole maladie	73 (55.3)
Dernière recommandation lu sur la rougeole	
2012	47 (35.6)
2011	59 (44.7)
2010	8 (6)
Avant 2010	3 (2.3)
Motivation à vacciner avant l'épidémie	
Faible	10 (7.5)
Moyenne	16 (12.12)
Importante	61 (46.2)
Très importante	44 (33.33)
Fréquence d'oubli chez l'enfant avant l'épidémie	
Rare	64 (48.48)
Occasionnel	53 (40.1)
Fréquent	13 (9.85)
Très fréquent	1 (0.76)
Fréquence d'oubli chez l'adulte	
Rare	12 (9.7)
Occasionnel	21 (15.9)
Fréquent	63 (47.72)
Très fréquent	36 (27.27)

Tableau III : Modification des pratiques avant et après le pic épidémique de 2011

N=132	n (%)	Avant	Après	p
Motivation à vacciner contre la rougeole				<0.001
Faible		10 (7.5)	4 (3.03)	
Moyenne		16 (12.12)	4 (3.03)	
Importante		61 (46.2)	38 (28.78)	
Très importante		44 (33.33)	86 (65.15)	
Fréquence d'oubli chez l'enfant				<0.001
Rare		64 (48.48)	81 (61.36)	
Occasionnel		53 (40.1)	40 (30.3)	
Fréquent		13 (9.85)	10 (7.57)	
Très fréquent		1 (0.76)	1 (0.76)	
Fréquence d'oubli chez l'adulte				<0.001
Rare		12 (9.7)	18 (13.64)	
Occasionnel		21 (15.9)	38 (28.79)	
Fréquent		63 (47.72)	56 (42.42)	
Très fréquent		36 (27.27)	20 (15.15)	
Opinion sur la fréquence du nb de cas en France				=0.057
Rougeole disparue		3 (2.27)	0 (0)	
Rougeole rare		76 (57.58)	16 (12.12)	
Rougeole relativement présente		48 (36.36)	87 (65.9)	
Rougeole fréquente		4 (3)	29 (21.97)	
Opinion sur la gravité de la rougeole				<0.001
Bénigne		9 (6.82)	5 (3.78)	
Parfois grave		115 (87.12)	111 (84.1)	
Souvent grave		7 (5.3)	16 (12.12)	
Opinion sur la balance B/R* du vaccin				<0.001
EI trop importants/bénéfices		5 (38)	4 (3)	
Bénéfices plus importants		126 (96.18)	128 (96.97)	

*B/R = Bénéfices /risques

Graphique 1 : Motivation à vacciner contre la rougeole avant et après le pic épidémique de 2011.

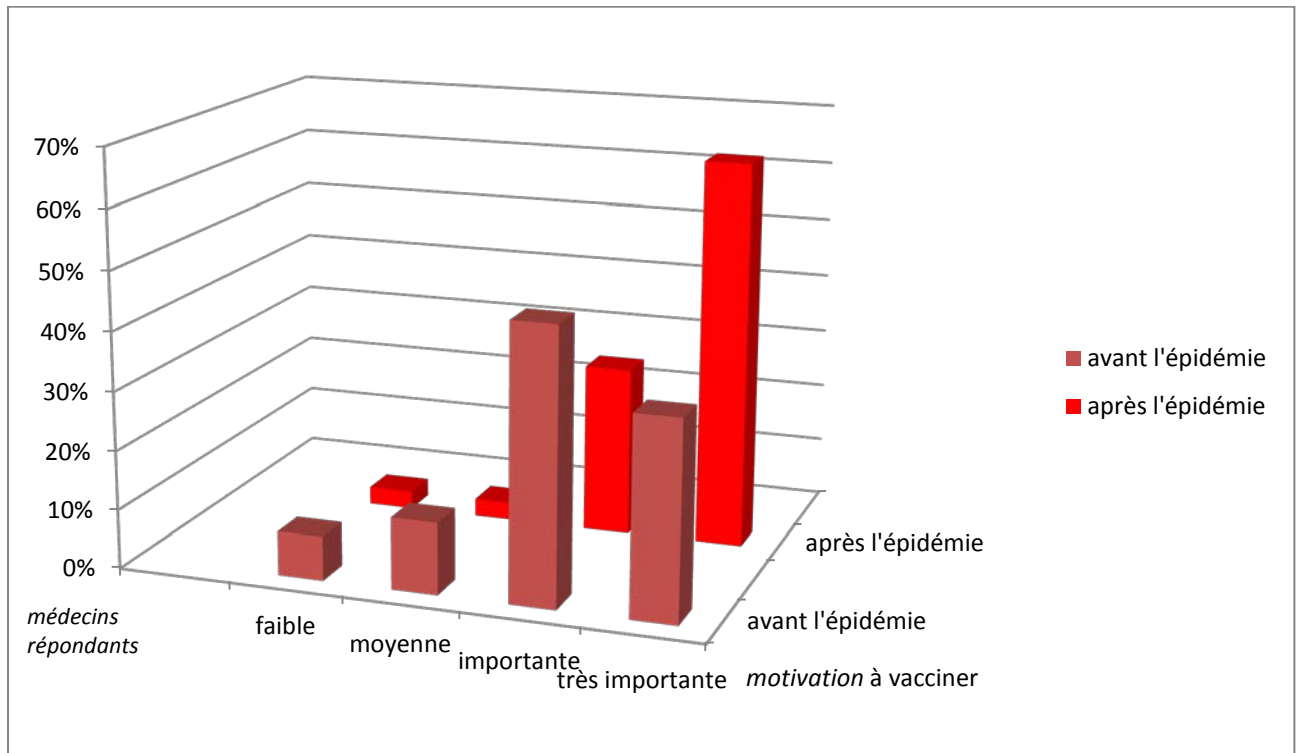


Tableau IV : Freins à la vaccination d'après les médecins interrogés

Freins	n (%)	N=132
Puissance des lobbies anti-vaccination	35 (26.5)	
Influence des médecines alternatives	8 (6.1)	
Crainte du vaccin	40 (30.3)	
Rougeole perçue bénigne et/ou disparue par les patients	14 (10.6)	
Vaccination non obligatoire	13 (9.85)	
L'oubli	12 (9.1)	
Le manque d'informations	7 (5.3)	
Le nombre d'injections	5 (3.79)	
Aucun frein	12 (9.1)	

Tableau V : les freins parentaux modifiés par l'épidémie d'après les médecins interrogés

Freins modifiés	n (%)	N=132
Prise de conscience de la présence de la rougeole sur le sol français	88 (66.6)	
Prise de conscience de la gravité de la rougeole	77 (58.3)	
Augmentation de l'information	49 (37.12)	
Augmentation de la présence des médias	49 (37.12)	
Opinion publique non modifiée	25 (18.94)	
Diminution des oublis	19 (14.39)	
Amélioration de la perception bénéfice/risque	19 (14.39)	
Diminution de l'influence anti-vaccin	19 (14.39)	

Tableau VI : Solutions proposées par les médecins interrogés

Solutions	n (%)	N=132
Plus d'information	67 (50.75)	
Obligation vaccinale	16 (12.12)	
Plus de tolérance/discussion	5 (3.79)	
Meilleure maîtrise des médias	7 (5.3)	
Diminution du nb d'injections (autre voie/vaccins combinés)	4 (3)	
Stock de vaccin au cabinet	1 (0.76)	
Ne voyant pas de solutions	7 (5.3)	

Annexes

Retentissement de l'épidémie de rougeole sur la vaccination

questionnaire anonyme

1-Sexe *

- homme
- femme

2-Milieu d'activité *

- rural
- semi-rural
- urbain

3-Age *

4-Mode d'activité : *

- seul
- cabinet de groupe
- centre de santé
- Autre :

5-Date de votre année de thèse

6-Nombre d'actes par jour *

- <20
- 20-25
- 26-30
- >30

7-Avez-vous un accès internet ? *

- sur votre lieu de travail
- à votre domicile
- aucun accès internet

8-A combien de formations médicales avez-vous participées en 2011 ? *

- aucune
- entre 1 et 5
- plus de 5

9-Type de dossier patient *

- dossier papier
- dossier informatisé

10-Vous êtes *

- remplaçant(e)
- installé(e)

11-Pratiquez-vous une médecine alternative ? *

- aucune
- homéopathie
- acuponcture
- Autre :

12-Quel(s) est(sont) votre(vos) type(s) de formation en infectiologie ? *

- conférences, congrès
- groupes de pairs
- visiteurs pharmaceutiques
- revues
- livres
- sites internet

13-Etes-vous vacciné(e) contre la rougeole ? *

- non vacciné(e)
- 1 injection
- 2 injections
- antécédent de rougeole maladie

14-De quand date la dernière recommandation que vous ayez lu sur la rougeole ? Pensez-vous que ce soit la dernière disponible ? *

15-Une épidémie de rougeole sévit depuis 2010, quel est votre motivation à vacciner contre la rougeole ? *

	faible	moyenne	importante	très importante
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16-Vous pens(î)ez que la rougeole en France : *

	a disparu	est rare	est relativement présente	est fréquente
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17-Vous pens(î)ez que la rougeole est une maladie : *

	bénigne	parfois grave	souvent grave
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18-Les polémiques sur les effets indésirables des vaccinations sont-elles des freins pour vous ? *

	oui	non
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19-Dans votre pratique, quelle est la fréquence de l'oubli de vaccination chez les enfants ? *

	rare	occasionnel	fréquent	très fréquent
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20-Quelle est la fréquence de l'oubli de vaccination chez les adultes ? *

	rare	occasionnel	fréquent	très fréquent
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21-Le fait d'avoir une dualité entre vaccin obligatoire et recommandé vous fait-il moins vacciner contre la rougeole que contre le DTP ? *

- oui
- non

22-Croyez-vous en :

- l'immunisation naturelle
- la vaccination par homéopathie
- l'efficacité insuffisante du vaccin

23-Pensez-vous que les effets indésirables soit trop importants par rapports aux bénéfices ? *

	oui	non
avant l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après l'épidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24-Pour vous, le nombre de vaccination par le ROR surcharge-t-il le calendrier vaccinal ? *

- oui
- non

25-Vous trouvez-vous moins souvent confronté aux refus des parents depuis l'épidémie ? *

- oui
- non

26-D'après vous, quelles causes de refus parentaux ont été modifiées par l'épidémie ? *

- diminution de la peur des effets indésirables
- diminution des oublis
- prise de conscience de la gravité de la maladie
- prise de conscience de la présence de la maladie en France
- amélioration de la perception de la balance bénéfices/risques
- croyance en une meilleure efficacité du vaccin
- diminution des croyances en l'efficacité de médecines parallèles pour cette pathologie
- modification des croyances religieuses ou philosophiques
- amélioration de l'accès à la vaccination
- diminution des influences de l'entourage "anti-vaccination"
- meilleure information favorisant la vaccination
- médias plus présents favorisant la vaccination
- pas de changement dans l'opinion public

27-Pensez-vous vacciner contre la rougeole plus fréquemment depuis l'épidémie ? si oui pourquoi *

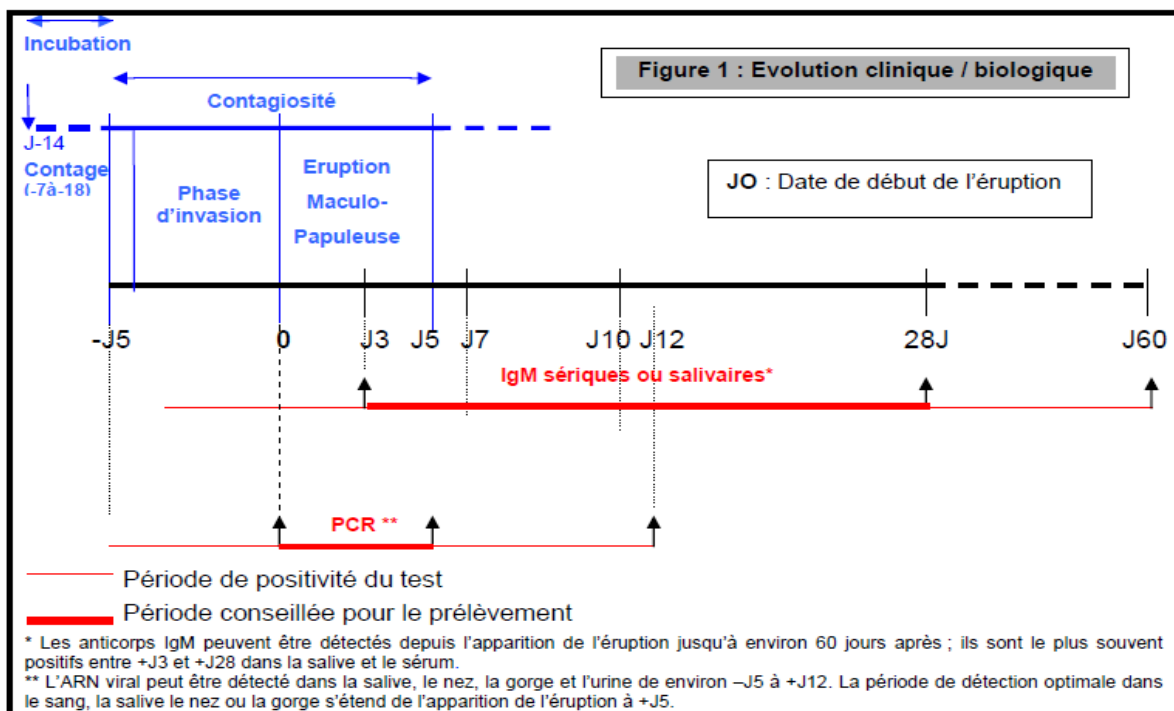
28-Informez-vous plus les patients sur la nécessité de vacciner contre la rougeole depuis l'épidémie ? *

- oui
- non

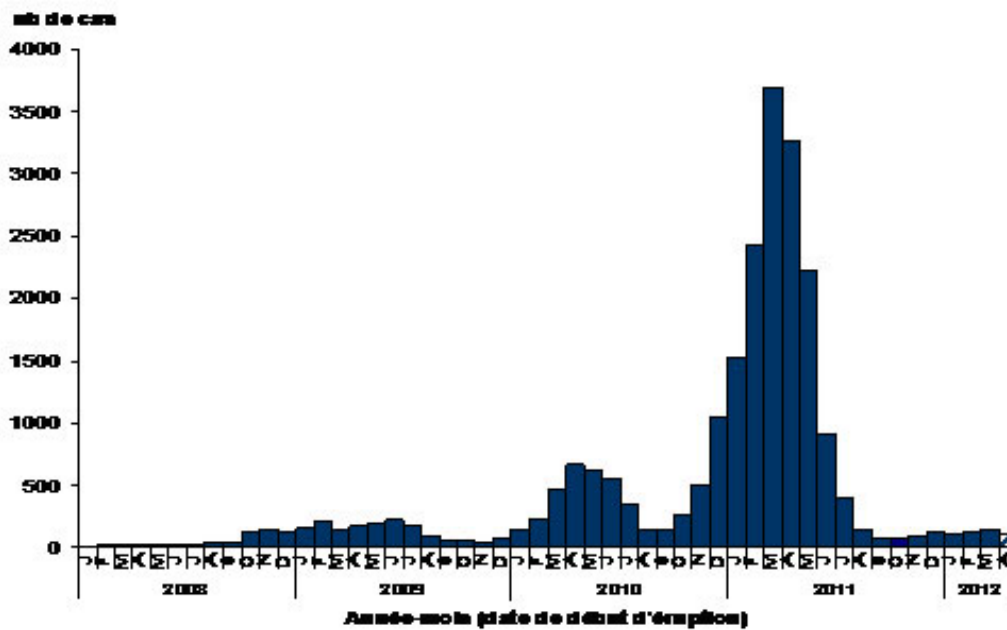
29-Pour vous, quels sont les freins à la vaccination contre la rougeole ?(Dans votre pratique et de façon plus générale)

30-Pour vous, quelles solutions pourraient être envisagées contre ces freins ?

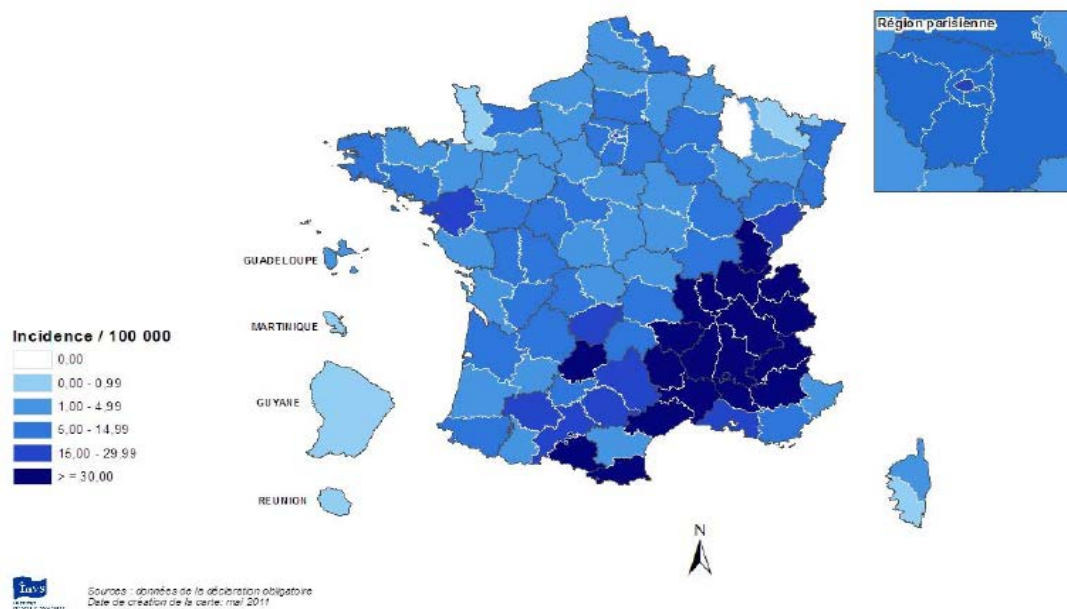
Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude



Annexe 2 : Ministère de la santé et des sports, circulaire N°DGS/RI1/2009/334

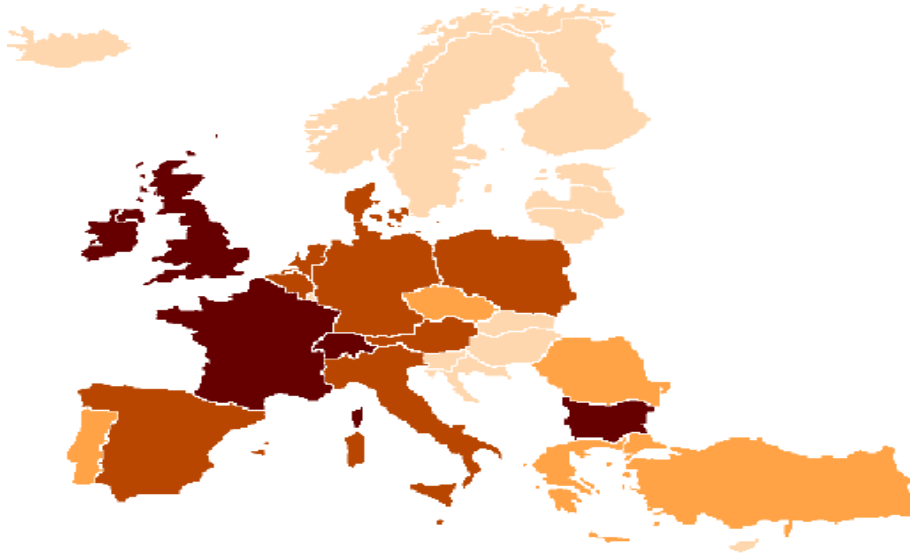


Annexe 4 : cas de rougeole par mois – Déclaration obligatoire, France, Janvier 2008 – Avril 2012 (données provisoires pour avril 2012)



Annexe 5 : Distribution géographique des cas déclarés entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011, Invs

0 < 0.1 low 0.1-1 moderate >1 high



In some countries minor discrepancies with nationally reported data may arise if these include cases reported in 2009 but with disease onset in 2008.

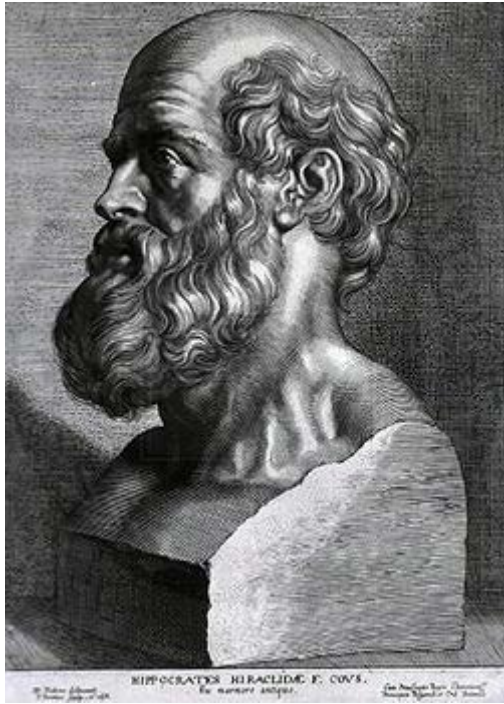
Annexe 6 : Geographical indigenous incidence of measles, 2009

Couverture vaccinale rougeole « 1 dose » à 24 mois par année			
2004	2005	2006	2007
87,5%	87,2%	89,4%	90,1%

Annexe 7 : Couverture vaccinale rougeole « 1 dose » à l'âge de 24 mois (en %), certificats de santé du 24e mois, France, 2004-2007 (source : Drees, InVS).

Année d'enquête	Niveau d'étude	Cohortes de naissances	CV « 1 dose »	CV « 2 doses »
2001-2002	CM2 (11 ans)	1990-1991	94,1%	56,8%
2002-2003	GSM (6 ans)	1997	93,3%	28,1%
2003-2004	3 ^{ème} (15 ans)	1988-1989	93,9%	65,7%
2004-2005	CM2	1993-1994	95,7%	74,2%
2005-2006	GSM	1999-2000	93,3%	44,3%

Annexe 8 : Couverture vaccinale rougeole « 1 dose » et « 2 doses » en fonction de l'âge et de la classe fréquentée au moment de l'enquête, France, 2001-2006 (source : Drees, InVS, DESCO)



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

Titre : Vaccination rougeole : l'épidémie actuelle a-t-elle modifié les comportements ?

Grenoble, le 5 octobre 2012

Résumé

Objectif : Rechercher une modification de la pratique vaccinale depuis le pic épidémique de rougeole en 2011 chez les médecins généralistes en Rhône-Alpes. Etudier les avis des médecins confrontés à cette problématique.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude qualitative sur 132 médecins généralistes répartis en Rhône-Alpes via des questionnaires internet.

Résultats : Le taux de réponse était de 28.4%. Les critères sociodémographiques n'influencent pas de façon significative le comportement vaccinal. La motivation à vacciner a augmenté ainsi que la notion de présence de la rougeole sur le sol français et de la perception de sa gravité. Les oublis et les refus parentaux ont diminué. On retrouve une augmentation de l'information des patients par les médecins. La dualité vaccins obligatoires/recommandés est un frein (pour 30.3%) et la vaccination ne surcharge pas le calendrier vaccinal (95.5%). L'oubli de vacciner l'adulte est plus fréquent que chez l'enfant. Le lobby anti-vaccin, la peur du vaccin, les idées erronées sur la maladie, la non obligation vaccinale, l'oubli, le manque d'information, la perte de confiance et le nombre d'injections sont les freins les plus retrouvés.

Conclusion : L'épidémie actuelle semble avoir profondément modifié les comportements vaccinaux pour cette maladie. Elle doit pouvoir constituer un modèle de réflexion pour améliorer la politique générale de vaccination, notamment en insistant sur une formation médicale et une information plus pertinentes et continues, y compris en dehors des périodes épidémiques.

Titre en anglais: Measles vaccination: the current epidemic has it changed behavior?

Mots clés : épidémie, rougeole, vaccination, freins, médecins généralistes

Intitulé et adresse de l'unité : Université Joseph Fourier Grenoble 1, Faculté de médecine, Domaine de la merci, BP170, La Tronche, 38042 Grenoble Cedex

Directeur de thèse : Madame le docteur Pavese Patricia