HAL
open science

La consultation de vaccination chez l'enfant de moins de deux ans : pratique et vécu du médecin généraliste : étude qualitative menée auprès de 11 médecins généralistes de la Somme

Prescillia Libert Coeur

To cite this version:

Prescillia Libert Coeur. La consultation de vaccination chez l'enfant de moins de deux ans : pratique et vécu du médecin généraliste : étude qualitative menée auprès de 11 médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01371638

HAL Id: dumas-01371638

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01371638v1

Submitted on 26 Sep 2016

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2016 THESE N°2016-52

LA CONSULTATION DE VACCINATION CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE DEUX ANS : PRATIQUE ET VECU DU MEDECIN GENERALISTE

Etude qualitative menée auprès de 11 médecins généralistes de la Somme

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale
Présentée et soutenue publiquement le 26 mai 2016

Par Prescillia LIBERT épouse CŒUR

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick BERQUIN

Juges : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Patrick BERQUIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Responsable du centre d'activité "neurologie pédiatrique"

Chef du Pôle "Femme - Couple - enfant"

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faîtes l'honneur d'examiner ce travail

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A mon juge,

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie du jury.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de ma considération

A mon juge,

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle « Femme – Couple - Enfant »

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A ma directrice de Thèse,

Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

Médecin Généraliste enseignant

(Médecine générale)

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.

Vous avez su me conseiller et me soutenir dans l'élaboration de cette thèse.

Merci pour votre disponibilité et votre implication.

A mon mari Nicolas,
Merci de ton soutien et de ta patience depuis le début de cette longue aventure.
Merci pour l'amour que tu me donnes au quotidien.

A mes enfants, Clémentine et Benjamin,
Pour le bonheur que vous me procurez chaque jour. Je vous aime à l'infini.

A mes parents,
Vous avez toujours été présents tout au long de ma vie pour m'encourager et me soutenir dans chacun de mes choix. Je vous en remercie.

A Anthony, mon frère, et Elodie, ma belle-sœur
Vous êtes toujours disponibles quand j'ai besoin de vous. Merci pour votre gentillesse et votre dévouement.

A mémé Simone, ma grand-mère,
Je n'oublierai jamais ton amour et ta générosité. Tu dois être fière de moi de là-haut. Repose en paix.

A mes beaux-parents, Claude et Marie-Claude,
Merci de votre accueil, toujours aussi chaleureux et de toutes ces attentions envers notre famille.

A Belo et Ninie,
Merci de m'avoir acceptée comme une sœur. Loin des yeux, mais près du cœur.

A Aurélie, ma belle-sœur partie beaucoup trop tôt,
Tu aurais tellement voulu être là. Je n'oublierai jamais ta générosité et ton amour pour les autres.

A mes cousines Aude, Estelle et Nath,
Merci pour ces plaisirs d'enfance partagés.

A toute la famille sans oublier Tata Annick et Tonton Jean-Claude, Tonton Patrice, Serge et Danièle, Jean-Claude et Marianne, Claudine et Jean-Pierre, mémé Blanche.
Merci de m'avoir suivie pendant tout ce long parcours.

A Katel et Gregor,
Pour tous ces bons moments passés ensemble depuis le lycée.

A Aurore,
Pour les débuts sur les bancs de la fac. Je suis contente que tu puisses exercer toi aussi ton métier de sage-femme tant rêvé.

A Julie,
Merci pour toutes ces années d'amitié ainsi que ces magnifiques souvenirs d'enfance.

A Titechérie,
Merci pour ta bienveillance et toutes ces attentions malgré la distance.

A toutes les personnes qui m'ont toujours encouragée, de près ou de loin.
Vous avez contribué chacun à votre façon à mon parcours.

A mes anciens Co-externes,
Avec qui j'ai partagé les premières expériences hospitalières.

A Odile et Cindia, mes Co-internes de médecine générale,
Merci pour les bons moments partagés au cours de ce cursus.

A Agnès,
Pour toutes ces anecdotes tout au long de notre parcours, et celles à venir…

A l'ensemble des équipes hospitalières des différents services qui m'ont accueillie lors de mon internat à Amiens, Beauvais, Doullens, Saint-Quentin.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie lors de mes stages de médecine générale.
Merci d'avoir partagé votre passion.

Aux équipes des PMI de Doullens et Corbie,
Merci à Sophie et Carole de m'avoir fait découvrir votre univers.

Aux médecins ayant accepté de participer à cette étude,
Merci de m'avoir consacré du temps, et d'avoir accepté de partager avec moi vos expériences.

A l'URPS,
Pour leur aide dans ce travail.

« De notre courage et de notre persévérance dépendent notre sort »

Anatole France

SOMMAIRE

ABREVIATIONS…… 19

INTRODUCTION…… 20

MATERIEL ET METHODES…… 22

1- Type d'étude …… 22
2- Population étudiée…… 22
3- Script d'entretien……... 23
4- Déroulement des entretiens…… 23
5- Retranscription et Analyse…… 23

RESULTATS…… 25

I- La consultation de vaccination…… 25

1- Evocation des problèmes généraux…….. 25
2- Mise en confiance de l'enfant…… 26
3- La prise de mesures…… 27
4- L'examen clinique préalable à la vaccination……... 27
5- Réalisation technique…… 29
   a) Le lavage des mains……. 29
   b) Asepsie de la peau de l'enfant……. 29
   c) Position de l'enfant lors de la vaccination…… 30
   d) Site d'injection……...….. 32
   e) Mise en place du pansement…… 33
6- La gestion de la douleur……. 33
   a) Le patch anesthésiant…….….. 33
   b) Antalgie par eau sucrée……. 36
   c) Prescription d'un antalgique selon le vécu des vaccinations antérieures……... 36
   d) Absence d'antalgie par habitude…….. 37
   e) Un vaccin plus douloureux que les autres……..... 37
7- La gestion du temps…….. 37
8- Le carnet de santé……. 38

II- Informations délivrées par le MG aux parents et pratiques vaccinales…. 38
1- Des explications données dès le premier examen de l'enfant……. 38
2- Une programmation des vaccins incontournable……... 38
3- Comment les vaccins sont-ils expliqués aux parents ?..... 39
a) Distinction ou non des vaccins obligatoires ou recommandées…… 39
b) Quelles explications pour convaincre ?..... 40
c) La particularité de la vaccination contre l'hépatite B……41
4- Effets secondaires……42
a) Information des parents……42
b) Recommandations post-vaccinales……44
5- Connaissances du MG sur les contre-indications……45
6- Pratiques du MG concernant les vaccins……46
a) Cas du vaccin contre la gastroentérite……... 46
b) Pratiques du MG vis-à-vis du BCG…….. 46
c) Une vaccination au cas par cas……..... 46

III- Difficultés rencontrées par le MG…… 47
1- Difficultés ressenties par le MG pour convaincre……... 47
a) La désinformation médicale…….. 47
b) Un manque de temps évident…… 48
c) Des connaissances parentales disparates……... 48
d) Un faible nombre de refus vaccinal strict…….. 49
2- Difficultés techniques……..50
a) Selon l'âge……50
b) Liées aux parents……... 50

IV- Facteurs facilitants la pratique de la vaccination……51
1- Pour convaincre……... 51
a) Plus facile à la campagne……...51
b) Confiance des parents envers le MG……51
c) Conviction personnelle du MG……..51
d) Un rôle important de vecteur de l'information……..52
e) Un calendrier vaccinal simplifié……52

2- Techniquement…… 53
a) Un acte plus aisé chez le tout petit…….53
b) Une proximité sociale facilitante……... 54
c) Expérience du MG dans la vaccination……. 54
d) Influence du sexe du MG…….. 55
e) La présence d'une aide extérieure……. 55

V- Pistes pour améliorer la couverture vaccinale……..55
1- Une meilleure formation médicale pour mieux informer……55
2- Prise en charge financière totale des vaccins…….. 56
3- Valorisation de l'acte médical……57
4- Vacciner autrement……..57

DISCUSSION……57
I- Intérêt et spécificités de l'étude……..57
1- Choix d'une étude qualitative…….57
2- Particularités de l'étude qualitative…… 57
a) Le recrutement…….57
b) Le recueil et l'analyse……..58

II- Confrontation de notre étude à d'autres travaux……58

1- Une sensibilisation évidente des médecins au ressenti douloureux des enfants en bas âge lors de l'acte vaccinal, mais un manque de connaissances……... 58
2- Une place de première ligne en matière de vaccination avec une relation médecin-parents déterminante …….. 59
3- Une succession de polémiques à l'origine de nombreux doutes……61
4- Vers un nouveau débat sur la vaccination……... 62
5- Quelques propositions d'amélioration de la couverture vaccinale…….63

CONCLUSION……..67

BIBLIOGRAPHIE…… 68

ANNEXE 1 Calendrier vaccinal 2015…… 71

ANNEXE 2 Couverture vaccinale en France à l'âge de 24 mois pour le ROR DE 2010 à 2013…….. 71

ANNEXE 3 Couverture vaccinale en France à l'âge de 24 mois pour le DTP ENTRE 1985 ET 2013……..... 72

ANNEXE 4 Guide d'entretien…… 73

SERMENT D'HIPPPOCRATE……... 75

VERBATIM SUR CD……... 77

ABREVIATIONS

BCG Bacille de Calmette et Guérin

BEH Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DTPolio Diphtérie Tétanos Poliomyélite

HAD Hospitalisation A Domicile

HPV Human Papilloma Virus

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

InVS Institut de la Veille sanitaire

MG Médecin Généraliste

PMI Protection Maternelle et Infantile

ROR Rougeole Oreillons Rubéole

SAMU Service d'Aide Médicale d'Urgence

INTRODUCTION

La vaccination représente une part importante des actes de prévention en médecine générale.

Il s'agit d'un acte ancestral puisque le principe remonte à la fin du XVIIIe siècle par la variolisation, une méthode d'immunisation archaïque contre le virus de la variole, "la petite vérole" une maladie très contagieuse et potentiellement mortelle. Cette technique consistait à prélever les croûtes de malades, et à les inoculer à des sujets sains. L'objectif était de provoquer une variole bénigne afin de se prémunir de la forme grave de la maladie.

Ainsi, c'est Edward Jenner, un médecin de la campagne anglaise, passionné par la recherche, qui constate que les fermières, en contact régulier avec le virus de la variole bovine, « cow pox », ou vaccine[1] en français, ne contractent jamais la variole. Il prouve alors par le biais de ses expérimentations, que le pus de la vaccine introduit par scarifications dans l'organisme humain, le protège de la variole : la vaccination est née.

A la fin du XIX ^{e} siècle, Louis Pasteur découvre les fondements théoriques de la vaccination à partir de ses travaux sur la bactérie à l'origine du choléra des poules. Après ses recherches sur la vaccination humaine, il prépare avec succès le premier vaccin humain à virulence atténuée contre la Rage. Pasteur va alors fonder une véritable école de pensée scientifique.

Aux XXe et XXIe siècle, les "Pastoriens" mettent au point le vaccin BCG contre la tuberculose. Viendront successivement d'autres vaccins, comme le DT Polio, le vaccin contre la fièvre jaune, la poliomyélite, le ROR...

Toute une politique de Santé Publique va s'organiser autour de la vaccination, notamment par la mise en place du calendrier vaccinal (annexe 1). Celui-ci fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, résume les recommandations vaccinales générales et particulières propres à des situations à risque. Ces recommandations sont révisées annuellement et publiées par le ministère de la Santé. En 2013, un calendrier des vaccinations simplifié a été mis en place, comportant moins

d'injections pour les enfants et des rendez-vous moins fréquents et plus simples à mémoriser pour les adultes.
Afin de savoir si le calendrier est correctement appliqué, la couverture vaccinale est régulièrement mesurée. Si elle a progressé depuis 2010 dans l'ensemble des tranches d'âges (annexe 2), elle demeure très hétérogène chez tous les enfants de 0 à 2 ans entre les départements et selon les vaccins.

Lors de mes différents stages chez différents praticiens, j'ai pu remarquer que la vaccination chez l'enfant de moins de deux ans n'était pas toujours aisée à réaliser. En effet, la consultation de vaccination est une consultation originale, de par sa configuration triangulaire entre le médecin généraliste, l'enfant et ses parents.

Le problème de la douleur induite par la vaccination a déjà été soulevé dans différents travaux [1, 2,3]. Cependant, le problème global de l'acte vaccinal n'a jamais été étudié. C'est pourquoi j'ai voulu savoir comment se passent les consultations de vaccination dans les cabinets de médecine générale, afin d'étudier les difficultés que les médecins généralistes de la Somme peuvent rencontrer et des solutions que l'on peut apporter.

[1] *du latin 'vacca', vache.*

MATERIEL ET METHODES

1- Type d'étude

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans la Somme. En effet, l'enquête par entretiens est une enquête de "terrain", qui permet d'obtenir des informations ainsi que de recueillir des émotions et des sentiments concernant une situation. Il s'agit d'une méthode inductive qui explore des données non quantifiables. [4,5]. Notre problématique se prêtait donc parfaitement à ce type d'étude, l'objectif principal étant de recueillir l'expérience du médecin généraliste concernant la vaccination chez l'enfant de moins de deux ans.

Les entretiens semi-dirigés comportent des questions ouvertes tout en permettant d'approfondir des points importants. Ceci consiste à "relancer" le dialogue aux moments propices de l'entretien afin d'aborder l'ensemble du guide d'entretien, sans influencer le médecin dans ses réponses.

2- Population étudiée

Tous les médecins interrogés ont été choisis au hasard dans l'annuaire, en tenant compte de critères spécifiques comme le sexe, l'âge, le milieu d'exercice, ainsi que d'éventuelles activités annexes à la médecine générale, afin d'avoir un échantillon de médecins généralistes le plus diversifié possible.

J'ai pris contact par téléphone avec chacun des médecins. J'ai eu plusieurs échecs téléphoniques, certains médecins ne voulant pas me recevoir par manque de temps. Lors de la prise de contact, je me présentais et leur demandais si je pouvais m'entretenir avec eux concernant la prévention en médecine générale, sans plus de précisions. Les rendez-vous ont tous été convenus par téléphone et tous été honorés.

Le nombre de médecins interrogés n'a pas été déterminé par avance. En effet, les entretiens ont été arrêtés une fois que la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle information ou nouveau code n'est apparu lors de l'analyse des données.

3- Script d'entretien

Le script d'entretien a été préalablement élaboré avec mon directeur de thèse. Le premier entretien réalisé m'a servi d'entretien "test" afin d'adapter le guide d'entretien initial.

Cet entretien test m'a permis de reformuler mes questions afin d'obtenir des réponses ouvertes, sans en influencer la pensée des médecins. Il est présenté en annexe 3.

4- Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont eu lieu aux cabinets des médecins interrogés de Décembre 2014 à Octobre 2015. Ils ont été enregistrés de manière anonyme en désignant chaque médecin par une lettre par ordre alphabétique selon la chronologie des entretiens réalisés.

Ils ont tous été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique Philips DTV2700. Pendant l'entretien, le script d'entretien me servait de ligne de conduite, mais tout en laissant le médecin s'exprimer librement, et en relançant la discussion si besoin.

5- Retranscription et Analyse

Tous les entretiens ont été retranscris littéralement à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word Starter 2010®, en respectant l'anonymat. (Verbatim sur CD)

Ils ont tous été analysés au fil de leur réalisation à l'aide du logiciel N'Vivo 10® selon la méthode de la théorisation ancrée [6]. Cette méthode consiste à analyser phrase par phrase les textes résultant des entretiens, à leur attribuer des mots-clés que l'on appelle "codes". Au fur et à mesure de l'analyse, certains codes sont regroupés, exprimant un même thème.

L'opération de codage est renouvelée sur des extraits déjà codés afin d'affiner ou de pousser plus loin l'analyse.

Ainsi, la mise en évidence de relations entre les thèmes va permettre de faire ressortir des concepts plus généraux, qui vont nous permettre de répondre à la question principale de l'étude.

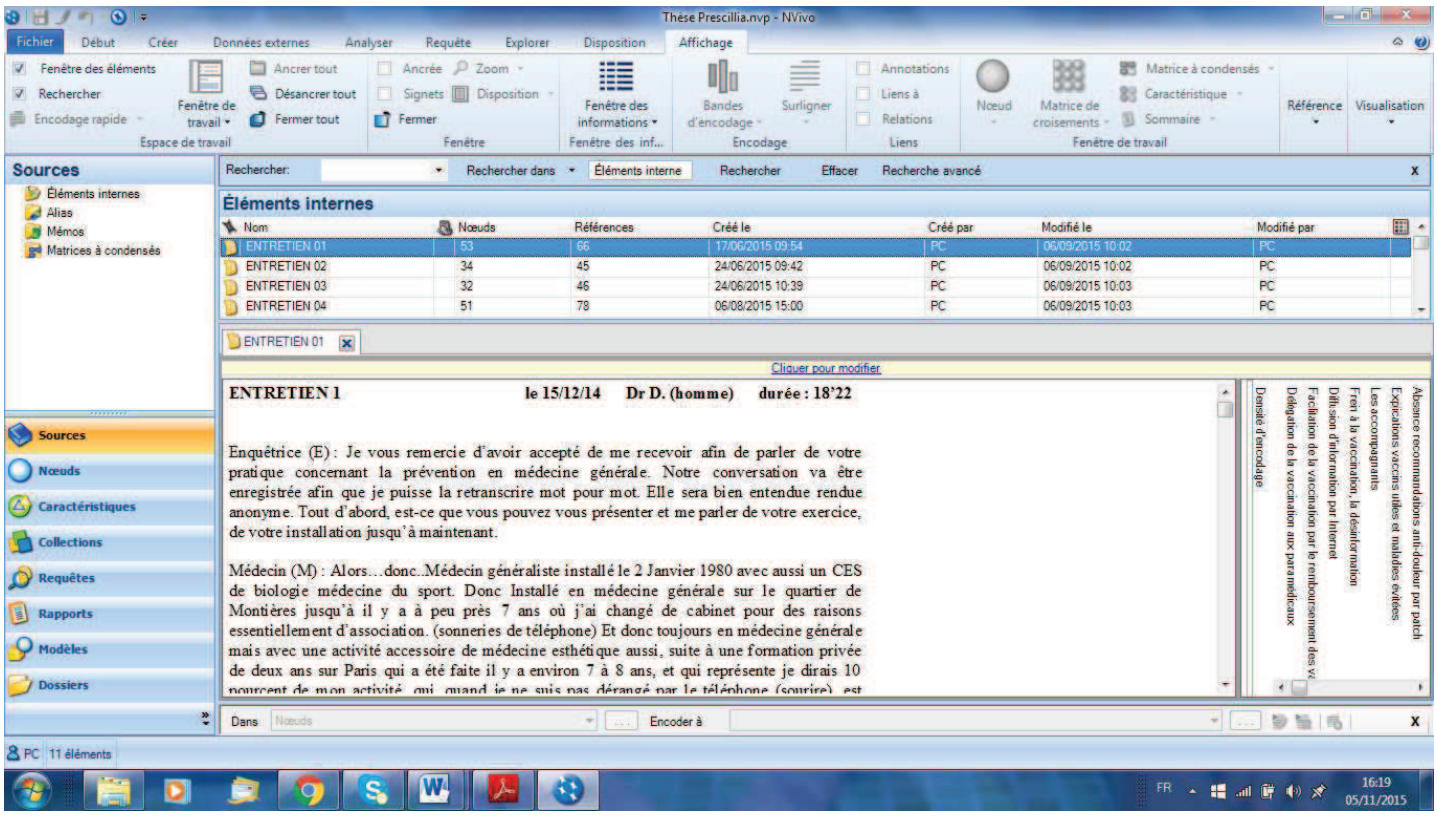

Figure 1 – Copie écran logiciel NVIVO

RESULTATS

Onze entretiens ont été réalisés pour atteindre la saturation des données.

TABLEAU

Sexe	Age	Type de Cabinet	Zone	Activité Complémentaire
H	62 ans	Groupe (2)	Urbaine	Médecine esthétique
F	42 ans	Groupe (2)	Rurale	Aucune
F	54 ans	Seule	Semi-rurale	Régulation SAMU
H	59 ans	Groupe (2)	Rurale	Aucune
H	35 ans	Maison pluridisciplinaire (4)	Rurale	Aucune
F	55 ans	Seule	Urbaine	Médecine du sport
F	35 ans	Groupe (2)	Semi-rurale	HAD
F	30 ans	Seule (Cabinet de groupe en devenir)	Urbaine	Chef de clinique à la faculté
F	30 ans	Groupe (2)	Rurale	PMI
H	62 ans	Seul	Urbaine	Maître de stage externes et internes, expertise aéronautique, médecin agréé, auparavant acupuncture
H	65 ans	Seul	Semi-rurale	Homéopathie, capacité de gérontologie

Tableau 1 – Synthèse des entretiens

I- La consultation de vaccination

1- Evocation des problèmes généraux dans un premier temps

La consultation de vaccination de l'enfant de moins de deux ans commence souvent par une discussion entre le médecin généraliste et les parents abordant divers points de la vie de l'enfant.

Dr E *: « Alors, quand ils arrivent, bon ben voilà je leur explique, qu'on va le vacciner. Je demande un petit peu s'il a eu des problèmes de santé particuliers les jours précédents. »*

Dr G : *« S'il y a des soucis particuliers. S'il y a des choses particulières, que la maman veut me parler, au niveau de l'alimentation, des choses comme ça. »*
Dr I : *« Bah, en fait, on parle au moins pendant cinq, dix minutes. Je prévois toujours une demi-heure en fait pour ces consultations-là. Donc du coup, on parle bien pendant au moins cinq, dix minutes, déjà de leur questionnement, voilà, comment ça se passe dans la vie de tous les jours. Et puis après, généralement, le vaccin, ils acceptent bien. »*

« Bon, généralement, je laisse un temps où je laisse l'enfant dans les bras du parent. Pendant ce temps-là, je parle alimentation, transit et les problèmes rencontrés »

Dr K : *« Il y a toujours la petite discussion avec les parents. »*

2- <u>Mise en confiance de l'enfant</u>

La mise en confiance de l'enfant est particulièrement importante et déterminante pour la suite de la consultation de vaccination, notamment en laissant l'enfant dans les bras de la maman.

Dr C *: « En général, je les fais tenir par la maman sur les genoux. Voilà, je les fais tenir dans les bras sur les genoux. Comme ça, c'est mieux, ils se sentent en sécurité les enfants. Il n'y a pas de soucis. »*

« Bébé 3-4 mois, ils sont dans les bras de leur mère, ils sont bien. »

Dr E : *« Bon, juste en étant dans les bras de la mère, en général, il se sent déjà en réconfort. »*

L'approche progressive du médecin envers l'enfant permet également de le mettre en confiance, par l'intermédiaire de l'examen clinique notamment…

Dr B : *« Ils s'attendent à ce que je pique tout de suite, mais je ne fais jamais, je fais toujours un petit examen clinque avant, j'agresse jamais l'enfant directement. »*

…ou par l'intermédiaire du jeu :

Dr E : *« On joue un peu avec eux. Il ne faut pas que ce soit un truc brutal, hein »*

3- La prise de mesures

La prise de mesure reportée dans le carnet de santé est une étape incontournable de la consultation de vaccination.

Dr A : *« Vu le temps que peut poser une consultation nourrisson, entre l'accueil de la maman, le déshabillage, le pesage, le mesurage, du tour de tête […] »*

Dr C : *« Bah, en général, on pèse, on mesure. »*

Dr G : *« Ah, en général, je les examine, je les mesure avant de faire la vaccination. »*

Dr I : *« Bon, généralement, je laisse un temps où je laisse l'enfant dans les bras du parent. Pendant ce temps-là, je parle alimentation, transit et les problèmes rencontrés. Et après on va déshabiller l'enfant. Je mesure, je pèse. »*

Dr K : *« De toutes façons, je ne vaccine jamais sans avoir examiné, pesé, toisé. »*

4- L'examen clinique préalable à la vaccination

L'examen clinique du nourrisson est systématique avant la vaccination, afin de vérifier l'absence de contre-indications.

Dr A : *« C'est quand même plus facile d'examiner l'enfant avant qu'après le vaccin. »*

« En général, lorsque les enfants viennent pour les vaccinations, ils ne viennent pas que pour ça, ils viennent aussi pour une visite en même temps. En plus, moi systématiquement quand je les vaccine je les examine avant, c'est systématique. Ça m'évite éventuellement de faire une vaccination à un enfant qui serait malade, qui aurait une infection. »

Dr B : *« Ils s'attendent à ce que je pique tout de suite, mais je ne fais jamais, je fais toujours un petit examen clinique avant, j'agresse jamais l'enfant directement. »*

Dr C *: « J'examine. Voir s'il n'y a pas de problème infectieux. Nez, gorge, oreilles. J'écoute le cœur, les poumons. Pour voir vraiment s'il n'y a pas de soucis, pas de fièvre. Euh, je palpe le ventre, voir s'il n'y a pas de diarrhée. Voilà. Pas de problème digestif. »*

Dr D : *« Donc il y a toujours un examen de l'enfant avant. Pour voir s'il n'y a pas de contre-indications à la vaccination, voir s'il a de la fièvre, une rhino, fin voilà, des choses infectieuses en général. »*

Dr F : *« Une piqûre dans la cuisse après un examen général pour voir si c'était faisable. Puis voilà, quoi. »*

Dr J : *« Bah en général, on essaie de combiner la vaccination avec l'examen systématique du nourrisson, lors des six premiers mois. Donc, bah on fait l'examen systématique en annotant le carnet de santé. Et puis en fin de séance, bah on pratique la vaccination »*

Dr K : *« Il y a toujours la petite discussion avec les parents. Et puis le gamin est examiné. De toute façon, je ne vaccine jamais sans avoir examiné, pesé, toisé. »*

Pour le Dr B , il y a toujours un examen clinique systématique, mais ciblé : *« En même temps on n'a pas le temps de faire des consultations de ¾ d'heure, donc bon, on va aussi à l'essentiel, on recherche des choses très ciblées pour chaque visite »*

Certains médecins effectuent également un examen psychomoteur.

Dr B : *« Moi je trouve qu'ils ne sont pas très à l'affût, pas très curieux de savoir si les compétences motrices sont adaptées à l'âge. Nous on le recherche à l'examen »*

Dr H : *« Le but de la vaccination, c'est aussi de faire l'examen clinique en même temps en entier. Donc c'est d'abord, toujours le déshabiller, faire l'examen neuro, le développement psychomoteur, tout ça, regarder si tout va bien. »*

Dr I : *«Bon, généralement, je laisse un temps où je laisse l'enfant dans les bras du parent. Pendant ce temps-là, je parle alimentation, transit et les problèmes rencontrés. Et après on va*

déshabiller l'enfant. Je mesure, je pèse. Bah voilà, le développement psychomoteur, tout ça. Et après, en dernier, le vaccin dans les bras de maman. »

5- Réalisation technique

a) Le lavage des mains

Un seul médecin a évoqué l'asepsie des mains avant l'acte vaccinal, qui est pour elle un geste qui va de soi : « *Naturellement, le lavage des mains déjà. (Sourires) ».* (Médecin B)

b) Asepsie de la peau de l'enfant

L'asepsie de la peau de l'enfant est réalisée majoritairement à l'alcool par le médecin généraliste. Sinon, il est réalisé avec d'autres produits antiseptiques.

Dr A : *« Désinfection à l'alcool. »*

Dr B : *« […] et puis désinfection du site d'injection à l'alcool à 70°. »*

Dr D : *« Et après désinfection coton, alcool, classique quoi. »*

Dr F : *« Avec un petit tampon pré alcoolisé ».*

Dr H : *« Moi, je fais avec du coton, et alcool à 70. »*

Dr C : *« Je prends du Dakin. Ou de la Biseptine. Oui, ces produits-là. »*

Dr I : « Biseptine. Avec une compresse et Biseptine.»

Pour un des médecins, l'asepsie de la peau apparaît inutile.

Dr A : *« La désinfection est réalisée à l'alcool pour faire plaisir au patient parce qu'en fait il n'y en n'a pas vraiment besoin. »*

c) Position de l'enfant lors de la vaccination

Pour la plupart des médecins interrogés, la vaccination est réalisée dans les bras d'un des parents.

Dr A : *« Les vaccins sont toujours effectués chez les enfants, l'enfant porté par un des deux parents »*

Dr C : *« En général, je les fais tenir par la maman sur les genoux. Voilà, je les fais tenir dans les bras sur les genoux. »*

Dr E : *« Ca dépend de l'âge et de la morphologie de l'enfant. Si l'enfant est déjà un petit peu plus grand, bah à deux ans on peut de temps en temps le mettre assis sur les genoux de la mère. Bon, juste en étant dans les bras de la mère, en général, il se sent déjà en réconfort. »*

Dr H : *« Comme je disais, en les prenant dans les bras. Je ne vaccine pas les enfants sur la table, qui se débattent et hurlent. Je les mets dans les bras des parents, toujours, systématiquement. »*

Dr I : *« Et après, en dernier, le vaccin dans les bras de maman. »*

« Généralement, je trouve que dans les bras du parent, ça se passe mieux. Comme ça, ils ont directement le câlin, ça se passe bien, ils ne pleurent pas longtemps. »

Les médecins qui vaccinent l'enfant dans les bras des parents sont plutôt satisfaits :

Dr A : *« Les vaccins sont toujours effectués chez les enfants, l'enfant porté par un des deux parents, c'est moi qui maintient la cuisse plutôt que la maman. […] Et je trouve que c'est pas mal comme ça. »*

Dr E : *« Bon, juste en étant dans les bras de la mère, en général, il se sent déjà en réconfort. On peut piquer dans la cuisse et être complètement tranquille. Et ça se passe sans aucun problème. »*

Dr I *: « Généralement, je trouve que dans les bras du parent, ça se passe mieux. »*

C'est surtout la maman qui accompagne l'enfant lors de ces consultations de vaccination :

Dr D : *« Dans 90 pourcent des cas, c'est la maman seule qui accompagne. »*

Dr E : *« Mais sinon, c'est souvent la maman qui vient seule, accompagnée d'autres enfants, des frères et sœurs. Voilà, en général c'est la maman toute seule qui vient. »*

Mais le père est de plus en plus présent, comme le souligne le Dr H : *« Très souvent maman !! Mais !!!! Il y a quand même je trouve des changements. Il y a souvent maintenant papa aussi qui vient. Aussi des fois papa tout seul j'ai eu. Euh, et d'ailleurs souvent quand c'est papa tout seul, il est toujours plus flippé. (Rires) »*

Lorsque le père est présent avec la maman, c'est souvent pour faciliter l'acte de vaccination :

Dr D : *« Après, bah il y a le papa avec, quand ils sont un peu plus grands, justement pour le tenir, parce qu'on pense justement qu'il va y avoir peut être des problèmes pour faire le vaccin. »*

Dr E : *« Les parents sont arrivés avec leur vaccin. Les deux parents… La mère qui était un peu plus effrayée qui a préféré quand même se mettre à l'écart. Le papa qui m'a quand même aidé à tenir l'enfant qui était déjà bien tonique euh donc effectivement c'était pour un Priorix® plus vers l'âge de 2 ans. »*

Le père accompagne également lorsque la mère est craintive :

Dr D : *« Quand la maman ne veut pas voir, le papa vient et va tenir l'enfant à ce moment-là, va s'en occuper. Parce que la maman ne veut pas voir l'enfant se faire piquer. Voilà, des choses comme ça quoi. Mais c'est quand même assez rare maintenant. »*

Enfin, le médecin E explique la présence des deux parents par le contexte socio-économique : *« Vu le contexte par ici, il y a quand même beaucoup de familles qui ne travaillent pas. Donc souvent, c'est quand même les deux parents qui viennent en même temps. La prise en charge est quand même plus par le couple, que par… enfin, que par l'individu. »*

D'autres préfèrent vacciner sur la table d'examen :

Dr B : « *Je préfère que l'enfant soit tenu sur la table d'examen, bloqué au niveau du genou, les mains sur le ventre pour éviter qu'il bouge. »*

Dr K *« Classiquement, sur la table d'examen du nourrisson. Je préfère. Et puis, si vraiment le gamin a….C'est plus le cas du rappel autour des deux ans. Là, ils sont plus scotchés à leur mère, donc dans les bras de la mère, mais la position n'est pas toujours très confortable. A 95 %, le gamin est allongé sur la table d'examen. »*

Un des médecins estime qu'il est préférable de vacciner l'enfant dans les bras des parents, mais il vaccine tout de même sur la table d'examen.

Dr B : *« L'enfant allongé sur la table d'examen, je sais que normalement il faudrait plutôt dans les bras des parents. »*

Pour d'autres, ils s'adaptent à l'enfant.

Dr D : *« En général, c'est sur la table d'examen. Après c'est selon l'enfant. […] En réalité, c'est au cas par cas selon l'attitude de l'enfant. A mon avis…On s'adapte à chaque enfant*. »

Le Dr G. considère que c'est aux parents de choisir : *« Bah, ça dépend, c'est comme les parents le souhaitent. Souvent, ils les tiennent dans les bras. »*

d) Site d'injection

Le site d'injection utilisé est en majorité la cuisse.

Dr A : *« site d'injection face latérale de cuisse au tiers moyen. »*

Dr C : *« Les cuisses, oui les cuisses »*

Dr F : « *Une piqûre dans la cuisse après un examen général pour voir si c'était faisable. Puis voilà, quoi. »*

Dr G : *« Les cuisses, toujours ! »*

Dr H : *« Moins d'un an, je fais sur la cuisse. Et puis, après, au-delà d'un an, de dix kilos, je fais au niveau de l'épaule. »*

Dr J : *« Quadriceps, face latérale vaste externe.* »

Dr K : *« Bah le site d'injection préconisé, c'est-à-dire le quart externe de la cuisse. »*

C'est surtout le poids qui détermine le site d'injection.

Dr D : *« Pour le vaccin en lui-même, moi je reste en intramusculaire ou bien sur le deltoide selon l'âge »*

Dr E : *« Euh là ça change souvent en fonction de l'enfant. Souvent, je préfère les cuisses. Après, si l'enfant est un petit peu plus costaud, effectivement, je le ferai quand même au niveau du bras. »*
Dr H : *« Moins d'un an, je fais sur la cuisse. Et puis, après, au-delà d'un an, de dix kilos, je fais au niveau de l'épaule »*

Un des médecins avoue avoir déjà vacciner ailleurs comme le Dr H : *« Ca m'est déjà arrivé de le faire aussi dans la fesse. Avec mon maître de stage, quand j'étais interne, j'avais appris à les faire aussi au niveau de la fesse en supéro-externe. Mais ce qui est le plus recommandé, c'est au niveau de la cuisse. »*

e) Mise en place d'un pansement

Peu de médecins mettent un pansement après le vaccin.

Dr A : « Pose d'un pansement après. Plus à visée psychologique »

Dr I :. Et après, je mets un petit pansement. »

6- <u>La gestion de la douleur</u>

a) Le patch anesthésiant

Le type d'antalgie le plus souvent évoqué par les médecins généralistes est le patch anesthésiant.

Ce sont les parents qui le réclament souvent *: « Les mamans ont l'habitude de mettre du patch maintenant parce que ça se sait »*

« Sincèrement, quand on enlève le patch, ils se mettent à hurler déjà rien que la douleur du collant. Mais bon, maintenant c'est vrai que les mamans demandent. »

Médecin D : *« Alors il y en a qui réclament des patches, pour que ce soit moins douloureux pour l'enfant. »*

Le médecin ne le prescrit pas systématiquement.

Dr B : *« Je ne mets pas systématiquement de patch antidouleur pour une vaccination. »*

Dr E : *« Honnêtement, ça dépend plus de l'angoisse des parents pour prescrire le patch d'emla®. »*

Dr G : *« Enfin, à partir d'un an, ça se passe mieux quand ils ont un patch. Les tout petits, je ne prescris pas toujours. »*

Dr H : *« Avec ou sans patch Emla®, c'est pas toujours le cas. Ça, c'est une grande discussion. Chez lui, il n'y avait pas eu de patch Emla®. »*

Beaucoup considèrent le patch d'efficacité modérée voire inutile.

Dr B : *« J'estime que la douleur occasionnée par l'aiguille n'est pas intense, et puis c'est surtout de toute façon l'injection du produit qui est la plus douloureuse, et le patch Emla® n'y change rien. »*

Dr C : *« Les mamans ont l'habitude de mettre du patch maintenant parce que ça se sait, mais franchement je ne pense pas que ce soit très utile. »*

Dr D : *« Bah le patch a amené un petit plus pour que ce soit moins douloureux, encore que d'efficacité modérée je trouve (sourires). »*

Dr J : *« Je ne mets pas de patch, ça sert à rien, hein. Le patch, ça anesthésie en surface. Or, ce qui fait mal, c'est le produit qui diffuse dans le muscle. Donc, à mon sens, ça sert à rien »*

Il est d'autant plus inefficace qu'il est souvent mal positionné.

Dr F : *« Souvent, vous voyez arriver des bébés avec des patchs collés un peu n'importe où. En général, jamais là où vous allez piquer d'ailleurs. (Rires) C'est le problème, donc moi, je ne prescris pas de patch. Euh, parce que je ne vois pas très bien l'intérêt. Donc, après, ils regardent, ils ont quelques fois des patch qui sont mis. Mais c'est vrai que souvent, ils sont mal mis. Donc ça n'a aucun intérêt secondaire. »*

Le médecin J estime qu'il est mis dans un but de réassurance : *« Je pense que le patch, il rassure les parents, mais à tort. Et qu'il est tout à fait inutile. »,* Tout comme le médecin H : *« Il y a eu des patches Emla® pour essayer de les rassurer au maximum. Ils ont un peu moins de deux ans, mais ce n'était pas tout à fait simple. »*

Il peut cependant aider parfois comme le souligne le Dr G : *« il avait un patch d'Emla® d'ailleurs ; donc il n'a pratiquement pas pleuré. »*

« C'est vrai que j'ai remarqué que les patches, souvent ça se passait mieux, surtout chez les enfants un petit peu plus grands. Vers l'âge de deux ans. Enfin, à partir d'un an, ça se passe mieux quand ils ont un patch. Les tout petits, je ne prescris pas toujours. »

Le Dr G a remarqué une efficacité chez ses patients et le préconise : *« Les tout petits, je ne prescris pas toujours. Parce que c'est vrai que ce n'est pas forcément dans les habitudes qu'on avait. Mais, effectivement, je pense que ça serait mieux de le prescrire à chaque fois. »*

Enfin, le patch présente des effets secondaires :

Dr C : *« Sincèrement, quand on enlève le patch, ils se mettent à hurler déjà rien que la douleur du collant »*

« En plus, ça fait plus saigner parce que en général, il y a un afflux de sang au niveau où on a mis le patch, en général ça saigne »

Dr J : *« En plus, ça a un effet vasodilatateur, ce qui fait que quand on a mis un patch, ça saigne davantage. »*

Globalement, le patch anesthésiant est souvent prescrit, bien que peu de médecins généralistes croient en son efficacité.

b) Antalgie par eau sucrée

Le médecin H évoque l'eau sucrée, mais à titre de réconfort : *« On avait pris aussi un petit biberon d'eau sucrée, pour essayer de le rassurer au maximum quoi. »*

c) Prescription d'un antalgique selon le vécu des vaccinations antérieures

Dr A : *« Si la vaccination a déjà été faite antérieurement et qu'elle était douloureuse après, je demande parfois de donner une dose de paracétamol avant la vaccination »*

d) Absence d'antalgie par habitude

Le médecin J, interrogé la veille de sa retraite officielle, n'a jamais prévenu la douleur liée à la vaccination pendant toute son activité : *« Non, je ne mets pas de patch ou de machin comme ça. Je ne donne pas le petit sirop sucré. Pourquoi pas, mais bon, écoutez, ça fait plus de trente ans que je vaccine les enfants. J'ai vacciné mes enfants, pas toujours de gaieté de cœur. J'ai vacciné mes petits-fils. Je suis un médecin de ce qu'on pourrait dire de la vieille école. Il y a d'ailleurs une patiente, qui m'a traité de médecin rustique, ce que j'assume. »*

e) Un vaccin plus douloureux que les autres

Le vaccin anti-pneumococcique est reconnu comme étant plus douloureux que les autres vaccins, comme le souligne le Dr A : *« Je préviens des effets indésirables éventuels surtout pour les premières vaccinations, notamment pour les vaccins hexavalent et anti pneumococcique, lequel est quand même relativement douloureux. »*

Ou encore le Dr E : *« Souvent, ça se passe relativement bien. Sauf quand c'est le Prévenar® qui pique beaucoup plus et qui fait mal, mais sinon… »*

7- <u>La gestion du temps</u>

La consultation de vaccination est une consultation qui prend plus de temps que les autres consultations.

Dr A. : « *Vu le temps que peut poser une consultation nourrisson, entre l'accueil de la maman, le déshabillage, le pesage, le mesurage, du tour de tête, l'examen clinique général, les conseils donnés sur l'alimentation, la vaccination, le rhabillage, le remplissage du carnet de santé, tout ça expliquant que la consultation pédiatrique prend du temps…très chronophage. »*

Dr I : *« Je prévois toujours une demi-heure en fait pour ces consultations-là. Donc du coup, on parle bien pendant au moins cinq, dix minutes, déjà de leur questionnement. »*

8- Le carnet de santé

Le médecin A profite de remplir le carnet de santé pendant que la maman réconforte l'enfant : *« Et comme ça la maman après la vaccination ça permet de garder l'enfant dans les bras et de le calmer un petit peu. Euh…ça permet aussi au médecin de remplir le dossier médical plus tranquillement. »*

Tandis que pour le médecin E, le temps de remplir le carnet de santé permet de surveiller la réaction de l'enfant : *« On prépare le vaccin, après on le vaccine, puis bon ça permet de voir comment il réagit un petit peu juste après. Et on termine par de l'administratif, quoi »*

II- Informations délivrées par le MG aux parents et pratiques vaccinales

1- Des explications données dès le premier examen de l'enfant

Les entretiens rapportent l'importance des explications données aux parents par le médecin, surtout pour les premières vaccinations.

Dr A : *« Je préviens des effets indésirables éventuels surtout pour les premières vaccinations, notamment pour les vaccins hexavalent et anti pneumococcique. »*

Dr E : *« Après oui, les explications sont données forcément si c'est la première vaccination. »*

Par la suite, les parents ont besoin de moins d'explications car ils savent déjà, comme ironise le Dr K : *« Bah là, c'était le troisième vaccin, donc bon à moins qu'elle n'ait rien compris (rires). […], sinon je donne des explications. »*

2- Une programmation des vaccins incontournable

La plupart des médecins interrogés organisent les vaccinations ultérieures.

Dr B : *« Moi j'ai l'habitude quand je vois un nouveau petit patient, de mettre au crayon dans le carnet de santé les dates approximatives des vaccins. »*

Dr C : *« A la première vaccination, je leur fait le programme en fait. »*
« Et puis les dates, je le mets en général sur le carnet. Je suis le calendrier. »

Dr F : *« Et puis je leur donne le planning des vaccinations qu'ils vont avoir pendant les deux premières années. Voilà. »*

Dr H : *« Et puis, quand j'ai la chance de pouvoir suivre les mamans, quand elles sont enceintes, je leur explique après on se reverra pour le suivi de bébé. Pour prévoir les vaccins, etc. »*

« Quand j'arrive à les voir régulièrement, bah on prévoit. Je leur demande toujours de me ramener le carnet de santé. Et puis, on essaie d'anticiper les vaccinations, quoi. »

3- <u>comment les vaccins sont-ils expliqués aux parents ?</u>

a) Distinction ou non des vaccins obligatoires ou recommandées

Les médecins généralistes distinguent les vaccinations obligatoires de celles recommandées, tout en essayant de convaincre dans tous les cas.

Dr A : *« On explique qu'il est recommandé de faire une vaccination hexavalente. »*

Dr C : *« A la première vaccination, je leur fait le programme en fait. En leur disant ce qui est obligatoire, ce qu'il ne l'est pas. »*

Dr E : *« Systématiquement, j'explique bien que le vaccin contre la méningite n'est pas une obligation. Il est vivement recommandé. »*

Dr F : *« Je leur dis qu'il y en a qui sont obligatoires. Enfin, il n'y en n'a plus beaucoup hein. », […] « Et puis que toutes les autres, elles sont franchement recommandées, moi je suis très "vaccin", donc voilà »*

Dr G : *« Bah, moi je conseille tous les vaccins. Je fais systématiquement DTPolio® et puis le Prévenar®. Et puis, après, je conseille quand même fortement la méningite à un an. Mais ça*

par contre, je dis que ce n'est pas obligatoire, mais que je le recommande. Euh, après je propose toujours le vaccin pour la gastroentérite. »

Dr K : *« Bah, les obligatoires, je ne leur laisse pas le choix. Les recommandées, j'essaie de les convaincre si… voilà. »*

« Oui, bien sûr, sinon je donne des explications. Ce que c'est que le vaccin, s'ils veulent être ou non vaccinés contre l'hépatite B. Qu'il y a des vaccins obligatoires, d'autres qui le sont moins, voilà…On explique un peu ce que c'est qu'un vaccin, à quoi ça sert, les effets secondaires. »

b) Quelles explications pour convaincre ?

Expliquer l'utilité des vaccins en relation avec les maladies évitées revient régulièrement lors des entretiens :

Dr A *: « On explique qu'il est recommandé de faire une vaccination hexavalente en essayant d'expliquer l'innocuité de la vaccination contre l'hépatite B, tout au moins chez l'enfant de moins de dix ans. La nécessité contre la diphtérie, tétanos, polio, coqueluche. J'explique aussi que l'adjonction de l'haemophilus, ça a permis de faire disparaître les méningites à Haemophilus chez le petit enfant, et le Prévenar®, vaccin anti-pneumococcique a fait disparaître la méningite à Pneumocoques. C'est surtout pour ça qu'ils sont faits. »*

Dr D : *« Je leur explique les conséquences éventuellement de certaines maladies au cas où, et après voilà. Ils font leur choix. »*

Dr E : *« Avec les informations erronées, il faut toujours recibler, leur donner l'intérêt du vaccin, expliquer le pourquoi du comment. »*

Dr F : *« Mais bon, en général, ça se passe bien. Il suffit de bien leur expliquer à quoi ça sert, pourquoi on vaccine l'enfant, qu'est-ce qu'il y a comme maladies dans les vaccins. Ca ne pose pas un problème majeur, hein. »*
Dr K : *« On explique un peu ce que c'est qu'un vaccin, à quoi ça sert, les effets secondaires. »*

Des explications supplémentaires sont néanmoins nécessaires pour les vaccins recommandés, comme le souligne le Dr E : *« Si c'est pour la prévention du vaccin contre la méningite, automatiquement, bah on donne beaucoup plus d'explications. »*
Dr D le fait remarquer également : *« Mais même pour le vaccin de la méningite à un an, bien leur expliquer, ils demandent toujours s'il n'a pas de problème, de contre-indications, s'il est fiable. »*
Tout comme le Dr H : *« La vaccination du Méningitec®, enfin pour la méningite, c'est toujours aussi des questionnements des parents. »*

c) La particularité de la vaccination contre l'hépatite B

C'est surtout la vaccination contre l'hépatite B qui suscite le plus de questions et de réticence.

Dr C : *« Pour les vaccinations qui ne sont pas obligatoires, certains parents ne veulent pas. Il y a une certaine réticence, surtout pour l'hépatite. »*

Dr D : *« Donc voilà en général sur les vaccins traditionnels, ils ne posent pas de problèmes. Voilà, par contre, pour l'hépatite B par exemple, comme c'est un vaccin qui a fait beaucoup de bruits, donc ils reviennent beaucoup là-dessus. Ils demandent bien des explications. »*

Pour le vaccin contre l'hépatite B, il faut souvent amener plus d'arguments.

Dr J : « *Euh, pour ce qui concerne les autres vaccinations. Il y a eu cette polémique de l'hépatite B parce qu'il y avait une étude anglaise qui avait soi-disant démontré qu'il y avait un risque accru de déclencher une poussée de Sclérose en Plaques. Or, toutes les autres études qui ont été faites n'ont démontré aucune différence entre les sujets vaccinés et les sujets non vaccinés. Donc pour moi, il n'y a rien. Il n'y a pas lieu de se priver du vaccin de l'hépatite B. »*

Dr A : *« On explique qu'il est recommandé de faire une vaccination hexavalente en essayant d'expliquer l'innocuité de la vaccination contre l'hépatite B, tout au moins chez l'enfant de moins de dix ans. »*
Depuis quelques temps, les médecins généralistes sont confrontés à la suppression de certains vaccins.

Dr E : *« Après, c'est toujours pareil, on peut trouver d'autres anecdotes avec les parents qui ne veulent absolument pas du vaccin contre l'hépatite B. Donc maintenant on est obligés de les envoyer sur l'hôpital. Je pense que c'est peut être ça le but final de la question. Euh, c'est-à-dire, on est obligés de les envoyer sur l'hôpital car il n'y a plus que des hexavalent. Donc les pentavalent, ils sont réservés aux centres hospitaliers. Quand il y a un refus catégorique, bah on est obligé de faire autrement. »*

Dr F : *« Ca ne pose pas un problème majeur, hein. A part quelques exemples de gens qui refusent le vaccin hépatite B, par exemple. C'est un grand classique, bien que là ça va commencer à être difficile puisque le quinta, il est supprimé. Donc ce sera l'hexa, ou rien du tout, quoi (fronce les sourcils). Hein, si j'ai bien compris. »*

4- <u>Effets secondaires</u>

a) Information des parents

Les effets secondaires évoqués sont ceux qui sont les plus courants, comme le souligne le Dr I *: « Généralement, je parle plus des effets secondaires, on va dire bénins, […] Si ils ne m'en parlent pas, je ne parle pas des complications plus graves. »*

Le Dr H n'occulte pas les risques plus graves, bien que faibles : *« J'explique aux parents qu'il n'y a pas de risque zéro en médecine. Donc, oui, quand on fait une vaccination, il y a toujours un risque grave, mais faible. Mais il existe toujours. Je ne peux pas leur mentir. »*

Comme le souligne le Dr H, l'important est d'informer : *« Le tout est d'informer. Du moment qu'on informe les gens, qui sont prévenus des effets secondaires potentiels. Finalement, ça passe assez bien je trouve. Comme pour tout autre geste, d'ailleurs. »*

Le Dr D procède au cas par cas *: « Mais ça existe, donc on le signale, surtout dans les familles où, c'est souvent la famille qui est aussi un peu capable de réceptionner ça. Parce que je pense que sinon… Il y a des familles, si on leur dit trop…c'est trop la panique aussi »*

Les médecins préviennent surtout les parents du risque éventuel de fièvre…

Dr A : *« Les effets secondaires…Je leur dis quand-même que ça peut donner des poussées fébriles, que c'est nettement plus rare qu'avant mais que ça existe quand même. »*

Dr G : *« […] Et puis, rarement, ça peut donner de la fièvre. Peut-être plus pour la Rougeole, ou ça peut donner un petit peu de fièvre, mais les autres, euh…ils donnent rarement de la fièvre. »*

Dr H : *« Euh après, les risques minimes, c'est toujours un peu la fièvre après le vaccin, mais ça ça passe bien. Il y a d'ailleurs des parents qui disent toujours « alors bon, pour la fièvre, qu'est-ce qu'on fait ? ». Il n' y en n'a pas systématiquement. »*

Dr I : *« Euh, juste le risque de fièvre. »*

…de réaction locale

Dr D : *« Oui, bah la réaction locale classique. L'œdème, au niveau du bras quelques jours. Voilà en général. »*

Dr F : *« Il n'y en n'a pas tant que ça. Un peu de fièvre, une petite rougeur locale. Rien de dramatique, hein. »*

Dr G : *« Je dis toujours que ça peut gonfler un petit peu au site d'injection, être un petit peu rouge, faire une petite boule, mais qu'elle va partir par la suite ».*

Dr H : *« C'est pareil, il peut y avoir une petite induration qui se fait au niveau du point d'injection. »*

…ou d'éruption :

Dr J : *« Alors après, il y a le problème des vaccins vivants. Les vaccins vivants, euh Polio, Rubéole, Rougeole. Bah, on sait que l'on peut avoir une pathologie vaccinale qui survienne dans les 8 à 15 jours après, ça m'est déjà arrivé de voir des parotidites post-vaccinales, des éruptions morbilliformes post-vaccinales, mais ça n'a jamais prêté à conséquence. »*

Dr K : *« […] que si c'est le vaccin contre Rubéole, Oreillon, Rougeole, une petite éruption dans les 8 jours puisque c'est un vaccin vivant atténué qui a des effets retardés. »*

b) Recommandations post-vaccinales

La plupart des médecins conseillent de surveiller la température et l'administration de paracétamol si l'enfant est douloureux…

Dr G : *« Donc, en général, ils donnent quand même un petit peu de Doliprane® pour les douleurs quoi. »*

Dr H : *« S'ils sentent que leur enfant est douloureux, ils peuvent lui donner une dose de Doliprane®. »*

…ou fébrile :

Dr A : *«Je leur dis quand-même que ça peut donner des poussées fébriles, que c'est nettement plus rare qu'avant mais que ça existe quand même, et que c'est facilement contrôlable par la prise de paracétamol pendant 24/48 h. »*

Dr I : *« Euh, juste le risque de fièvre. Euh, moi je dis pas le doliprane® en systématique. Voilà, ils surveillent juste la température. »*

Le Dr I donne des conseils en cas de réaction locale : *« Euh, du risque de rougeur, avec une compresse alcoolisée s'il y a besoin. Et puis du petit hématome quoi. »*

5- Connaissances du MG sur les contre-indications

Tous les médecins interrogés sont d'accord sur le faible nombre de contre-indications à la vaccination.

Une maladie infectieuse en cours est la principale contre-indication évoquée.

Dr A : *« […] Cela m'évite éventuellement de faire une vaccination à un enfant qui serait malade, qui aurait une infection, qui est pour moi la seule contre-indication à la vaccination. C'est un état infectieux, tout au moins sérieux. »*

Dr B : *« Bon bien sûr si l'enfant est fébrile, à ce moment-là, c'est différé de 15 jours. »*

Dr C *: « On ne fait pas si ils sont malades, s'il y a un problème infectieux. »*

Dr D : *« Pour voir s'il n'y a pas de contre-indications à la vaccination, voir s'il a de la fièvre, une rhino, enfin voilà, des choses infectieuses en général »*

L'autre raison évoquée est une immunodéficience chez l'enfant :

Dr A : *« Les contre-indications à la vaccination…il n'y en n'a pas beaucoup, d'autant moins chez l'enfant qui n'est pas connu porteur de maladie auto-immune ou de maladie chronique contre indiquant la vaccination. »*

Dr D : *« Oui, bon après il y a des enfants qui ont des maladies immunitaires, des cancers ou des choses comme ça. »*

Dr I : *« Mais quand il y a des enfants, immunodéprimés, ou tout ça… »*

Le médecin I considère également qu'un vaccin qui a engendré des effets secondaires peut être une contre-indication vaccinale : *« Bah, c'est s'il y en a un qui s'est mal passé. Après, ça nous arrive quand même très très rarement. »*

Pour le médecin J, étonné de la question, il n'y a pas de contre-indication importante : *« Alors là, c'est la question à mille balles. Je gagne quoi ? (rires). Bah, déjà, il faut que l'enfant soit en forme au moment de la vaccination. Sinon, non, il n'y a pas de contre-indication majeure. »*

6- Pratiques du MG concernant les vaccins

a) Cas du vaccin contre la gastroentérite

Seul le médecin G nous a déclaré proposer le vaccin contre la gastroentérite : *« Euh, après je propose toujours le vaccin pour la gastroentérite. Mais bon, comme ce n'est pas encore remboursé, c'est rarement fait. Et puis, voilà. »*

b) Pratiques du MG vis-à-vis du BCG

Le médecin J évoque les difficultés techniques de vaccination contre le BCG, contre lequel il ne vaccine pas : *« Alors moi, je ne fais jamais de BCG. J'en n'ai jamais fait depuis qu'il est passé en intradermique. Parce que je n'ai pas envie d'avoir de BCGite avec des suppurations qui traînent pendant des mois. De plus, on sait que le BCG n'a fait ni la preuve de son efficacité, ni la preuve de son innocuité. Il y a qu'une seule chose dont on est sûrs, c'est que les enfants vaccinés ne font pas de méningite tuberculeuse. Méningite tuberculeuse, j'en n'ai jamais vu depuis que je suis installé. Donc je pense que vraiment on peut s'en passer du BCG. »*

Tout comme le médecin K : *« Si, il y a un moment où notre administration, mais ils ont fait vite machine arrière. Quand ils voulaient vacciner contre le BCG en intradermo. C'est un sacré bordel. Ça, je l'ai fait une ou deux fois au fils d'un patient qui partait en Afrique »*

c) Une vaccination au cas par cas

Le médecin J insiste sur le fait d'être contre le caractère obligatoire des vaccins : *« Bah, en fait, c'est le caractère obligatoire qui me gêne un peu. Parce qu'il y a des pays en Europe où « pas plus malades. Donc je trouve que rendre les vaccinations obligatoires, c'est peut-être excessif. ».*

A plusieurs reprises, il renchérit :

« Mais qu'on la rende obligatoire, je pense que.. Pour moi, ce n'est pas forcément justifié. »
« Je suis à l'encontre de rendre les vaccins obligatoires. »

Il estime que le caractère obligatoire n'est pas justifié pour le vaccin DTPolio®, contrairement au ROR : *« Vous en voyez beaucoup vous, des Diphtéries, des Tétanos et poliomyélites ? Il y a des pays où ils ne sont pas vaccinés, et ils ne sont pas plus malades. Si il y a un vaccin à rendre obligatoire, c'est le ROR…Parce que la Rougeole peut se compliquer d'encéphalite, les Oreillons peuvent rendre stérile, et la Rubéole peut entraîner des malformations. »*

Le médecin J est pour la prévention à l'échelle de l'individu : *« Il faudrait laisser à chacun la liberté de gérer sa prévention à sa manière quoi.. On est dans un pays, la France pays de la liberté, et c'est le pays où il y quasiment le plus de vaccinations obligatoires. Et puis il y a une contradiction avec la notion de liberté, voilà. »*

Il répète plusieurs fois au cours de l'entretien : *« Moi, je suis attaché à l'identité de chacun »*

« Moi, je suis pour la protection de l'individu et non de la collectivité. »

III- Difficultés rencontrées par le MG

1- Difficultés ressenties par le MG pour convaincre

a) La désinformation médicale

La principale difficulté évoquée par les médecins est la diffusion d'informations erronées, comme le fait remarquer le Dr A : *«Je pense qu'il faudrait interdire aux non-médecins de parler de la vaccination sur des programmes nationaux. Je pense à la vaccination antigrippale de Me Bachelot il y a quelques années, qui a mis 20 ou 30 années d'effort par terre, avec encore toujours des patients qui nous demandent « il est sûr le vaccin pour la grippe docteur, parce que on ne sait pas trop avec les adjuvants, tout ça. »*

Dr E : *« Les médias n'aident pas là-dedans, donc forcément, en ayant une information qui est erronée, bah les parents…Avec les informations erronées, il faut toujours recibler, leur donner l'intérêt du vaccin, expliquer le pourquoi du comment. »*

Dr G : *« Que les médias, ils arrêtent de critiquer la vaccination. Ca nous aiderait un petit peu quand-même ! »*

Dr H : *« Ça serait facilité (sourires), si les médias ne racontaient pas tout un tas de conneries. Le problème c'est ça. Il y a encore eu il n'y a pas très longtemps avec le Gardasil, toute la polémique avec le développement de la sclérose en plaques. Il y a eu l'hépatite B à notre époque quand on était ados. C'est compliqué, parce que finalement les parents, dans les médias, on ne dit que les potentiels effets secondaires graves. Et finalement, on ne parle pas de tout le bénéfice de la vaccination ».*

b) Un manque de temps évident

Une des causes des difficultés pour convaincre est un manque de temps pour les médecins.

Dr A : *« Le problème c'est qu'on est limité, c'est un problème de temps. »*

Dr B : *« Ouais, je ne sais pas ben voilà, en même temps on n'a pas le temps de faire des consultations de ¾ d'heure, donc bon, on va aussi à l'essentiel. »*

c) Des connaissances parentales disparates

Il existe une grande hétérogénéité concernant les connaissances parentales. Le médecin généraliste doit donc s'adapter.

Dr E : *« Il y a quand même la population qui se scinde un petit peu entre ceux qui essaient, enfin qui croient tout savoir et qui disent exactement quel vaccin il faut faire à quel moment, et la population qui ne veut plus du tout de vaccin ».*

Pour le médecin A, il explique cette disparité socialement : *« Ca dépend du niveau social surtout des parents. S'ils font partie de la MGEN ou s'ils habitent à Etouvie. »*

Aux travers des entretiens, ce sont surtout les médecins installés en ville ou à proximité qui constatent de bonnes connaissances :

Dr H : *« Sur A., je trouve que toujours quand-même que les parents sont assez informés. »*
« Comme je disais, les patients sont quand même assez cortiqués »
Dr K : *« Ils savent, ils savent, oh ça va à peu près. Je n'ai pas besoin de beaucoup forcer sur le pourquoi des vaccins. »*

Le médecin B, installé en milieu rural, constate un manque de curiosité de la part des parents de ses petits patients : *« Moi je trouve qu'ils ne sont pas très à l'affût, pas très curieux de savoir si les compétences motrices sont adaptées à l'âge. »*

« Il y en a aucun qui m'a dit « Docteur, est-ce que il est bien éveillé pour son âge, est-ce que, je trouve que pour eux, c'est…ça fait partie des choses normales quoi »

Le médecin K justifie ce manque de connaissances : *« Ils ont une information parcellaire. Mais bon, moi si on me parle de moteur turbo, ça ne me dit rien non plus. Non, ça va. Je n'ai pas de soucis majeurs. »*

d) Un faible nombre de refus vaccinal strict

Malgré la présence de difficultés ressenties pour convaincre les parents, surtout pour les vaccinations non recommandées, peu d'entre eux évoquent des refus vaccinaux stricts :

Dr F : *« Mais bon, j'ai rarement quand même des refus. A quelques cas près, si j'en ai deux ou trois par an, c'est tout quoi ! Des refus des gens qui ne veulent pas faire de vaccinations, quelquefois des gens exceptionnellement qui ne veulent pas faire vacciner leurs enfants du tout. Bon, en général, bon. Je ne suis pas très favorable à ce genre de pratiques. J'essaie quand même de les informer, de leur expliquer à quoi ça sert. Mais souvent on a affaire à des gens qui sont quand même très obtus, on va dire, avec qui on ne peut pas trop discuter. Voilà quoi. »*

Dr K : *« J'ai eu quelques cas en garde où les enfants n'étaient pas vaccinés. J'ai d'ailleurs un cas où j'en ai parlé à un copain juge pour savoir quelle était la conduite à tenir. Parce que*

les vaccins obligatoires n'étaient pas faits. L'école leur demandait. Mais c'était en garde. Je ne sais pas ce que ça a donné. »

2- Difficultés techniques

a) Liées à l'âge

Les médecins interrogés avouent ressentir plus de difficultés au-delà des un an de l'enfant, qui semble être un âge charnière.

Dr D : *« Quand ils sont petits, ça pose pas trop de problème. Par ce qu'on peut les maintenir facilement et tout. Au-delà d'un an, selon le vécu un peu de l'enfant aussi, euh voilà faut déjà être amené à être les deux parents pour tenir l'enfant, car il ne veut pas se laisser faire, voilà c'est plus à ce niveau-là quoi. »*

Dr E : *« Au-delà d'un an. Voilà, il faut être un peu plus vigilant, faire attention. Bien maîtriser l'enfant pour pas qu'il ne bouge et que l'aiguille passe à côté. »*

Dr F : *« Chez le tout petit, ça va . C'est après, plutôt, quand ils sont un peu plus grands, que ça se complique un petit peu.*

b) Liées aux parents

Le Dr F évoque des difficultés lorsque l'enfant n'est pas bien maintenu : *« M : (souffle). Compliqué ? Ce qui est compliqué, c'est les parents, hein. Ce n'est pas les enfants. (rires). Non, rien de très particulier. Le petit problème, c'est quand les parents ne tiennent pas bien l'enfant. Là ça peut être un petit peu pénible. »*

Dr J : *« Bah la difficulté, c'est quand l'enfant gigote. Donc il faut être assez habile. Euh, pour que l'aiguille reste bien en place pour pousser le produit. Si l'enfant, si l'on pique, que l'enfant bouge et que l'aiguille sort, ça va pas. »*

IV- Facteurs facilitants la pratique de la vaccination

1- Pour convaincre

a) Plus facile à la campagne

Tout d'abord, comme le souligne le médecin B, le fait d'exercer à la campagne permet une bonne connaissance de la famille avec une fréquence des visites de nourrissons importantes, ce qui facilite le dialogue et le suivi régulier : *« On les voit régulièrement nous, on est en campagne. Donc on voit régulièrement les enfants pour les visites mensuelles de début de vie. Donc d'une fois à l'autre, quand c'est le moment de faire un rappel, ça fait partie de l'ordonnance de fin de consultation. »*

b) Confiance des parents envers le MG

La confiance que les parents ont envers le médecin est primordiale dans la vaccination.

Dr B : *« En général, ils nous font plutôt confiance »*

Dr D : *« Bon, il y a ceux qui font confiance au médecin, qui demandent rien, parce que voilà c'est comme ça ils ne vont pas plus loin chercher. »*

Dr J : *« Je n'ai jamais eu de problèmes. Je pense que plus les patients ont confiance en leur médecin, moins ils le contestent, donc moins il y a de soucis. »*

c) Conviction personnelle du MG

La conviction personnelle du MG concernant les vaccins joue également un rôle déterminant.

Dr D : *« Il faut quand même la conviction du médecin pour les emmener vers certains vaccins. Après ça dépend aussi de la conviction personnelle du médecin aussi. Par rapport à certains de ces vaccins. Voilà (rires), ça c'est très individuel aussi je pense »*

Dr F : *« Et puis que toutes les autres, elles sont franchement recommandées, moi je suis très « vaccin », donc voilà. »*

d) Un rôle important de vecteur de l'information

La diffusion d'information aux parents concernant la vaccination est également importante, que ce soit par l'intermédiaire du médecin généraliste…

Dr I : *« Peut-être plus d'informations aux parents. Ça, c'est encore difficile. Ils entendent encore que les choses négatives, et pas trop les choses positives. C'est surtout ça en fait, le principal biais, notamment pour la méningite, Gardasil tout ça, on a vraiment du mal. Les vaccinations obligatoires ou Pneumocoque du nouveau-né, nourrisson, ça se passe bien. »*

…Ou encore de brochures : Dr D : *« Peut-être plus de brochures à donner, pour expliquer le pourquoi de la vaccination, les avantages, les inconvénients. La brochure ça serait peut être un bon moyen, voilà de remettre ça aux parents, et qu'ils lisent ça bien avant les vaccinations, comme ça ils ont une meilleure information. »*

Le médecin H souligne la présence d'informations dans le carnet de santé : *« Il y a des choses dans les carnets de santé, je ne suis pas sûre qu'ils les lisent. »*

Selon le Dr F, la maternité a son rôle à jouer : *« Bah, souvent ils ont une information à la maternité quand même, enfin, je l'espère du moins. »*

Dr H *: « A la maternité, il faudrait peut-être un peu plus les informer, leur expliquer les bénéfices de la vaccination. »*

e) Un calendrier vaccinal simplifié

La simplification du calendrier vaccinal avec le regroupement des vaccins permet une meilleure adhésion à la vaccination.

Dr A : *« le fait de les remettre entre 11 et 13 ans plutôt que 14 ans pour anti papillomavirus, ça permet de grouper ça avec le rappel DT Polio coqueluche »*

Dr D : *« Ça pose un petit peu moins de problèmes car maintenant le nourrisson, il y a l'hexa. Donc souvent ou ils n'intègrent pas qu'il y a déjà l'hépatite B (rires), donc ils n'en parlent pas trop, ils disent rien. »*

Dr K : *« Bah, les obligatoires, je ne leur laisse pas le choix. Les recommandées, j'essaie de les convaincre si… voilà. Bon maintenant avec l'hépatite B par exemple, comme il y a le kit complet, ça passe mieux. Ça, c'est sûr. »*

La diminution du nombre de rappels est également un facteur facilitant :

Dr F *: « Je trouve que le, le nouveau planning, je le trouve bien. Il y en a un en moins. »*

Dr H : *« Je leur explique que le calendrier a changé. Pour les parents qui ont eu d'autres enfants, plus vieux. Je leur explique que maintenant, il y en a moins. »*

Dr J : *« Alors, par contre, on a allégé le schéma vaccinal, moi je pense que c'est une bonne chose. On a fait sauter une vaccination chez le tout petit et un rappel à 16 ans. Et puis on est passé à 20 ans au lieu de 10 ans pour les moins de 65 ans. Si on est arrivés là, c'est que finalement, on en faisait trop avant. »*

2- <u>Techniquement :</u>

D'un point de vue technique, il y a également des facteurs qui facilitent l'acte vaccinal au MG.

a) Un acte plus aisé chez le tout petit

Techniquement, l'acte vaccinal est plus facile chez les tout petits :

Dr D : *« Quand ils sont petits, ça pose pas trop de problème. Par ce qu'on peut les maintenir facilement et tout. Au-delà d'un an, selon le vécu un peu de l'enfant aussi, euh voilà faut déjà être amené à être les deux parents pour tenir l'enfant, car il ne veut pas se laisser faire, voilà c'est plus à ce niveau-là quoi. »*

Dr F *: « Chez le petit, non. Chez le tout petit, non. C'est après, plutôt, quand ils sont un peu plus grands, que ça se complique un petit peu. Chez le tout petit, non. »*

Dr G : *« L'enfant de moins de deux ans, en général ça se passe bien quand même ! Il n'y a pas de grosse difficulté car ils ne savent pas bien ce qu'on va leur faire de toutes façons. Le problème, c'est surtout au-dessus de deux ans pour les vaccinations. »*

b) Une proximité sociale facilitante

La proximité et la connaissance de la famille facilitent entre autres techniquement la vaccination, comme le fait remarqué le Dr K : *« Non… Je ne travaille pas en blouse blanche. Je n'ai jamais travaillé en blouse blanche. Et ils me connaissent. Les parents, je les ai déjà eu comme ado. On va chez « Michel », on ne va pas chez le docteur. Ça se passe de manière très simple, très spontané. On n'est pas là avec une auréole de toubib. »*

Dr J : *« Disons, ici. Ça fait 22 ans que je suis là. Donc je vois maintenant les enfants des copains de mes enfants. Donc ça tutoie. J'ai le droit à des bisous. S'ils ont d'autres enfants, ils me piquent des bonbons. Les parents me connaissent, connaissent mon épouse. Donc c'est vraiment très… Je dirais c'est convivial »*

c) Expérience du MG dans la vaccination

L'expérience du MG a également un impact :

Dr E : *« Je pense que là, c'est surtout le médecin, s'il se sent à l'aise dans son travail, à l'aise avec les enfants, ça peut pas poser de problèmes particuliers. »*

Dr K : *« Bah, écoutez, moi ça fait plus de 30 ans que je vaccine, ça ne m'a jamais paru être un acte… »*

d) Influence du sexe du MG

Le sexe du MG aurait également une influence :

Dr C : *« C'est peut-être parce que je suis une femme, j'en sais rien. Peut-être moins impressionnée je ne sais pas… »*

e) La présence d'une aide extérieure

La vaccination est également plus facile lorsque les médecins est aidé, par un des parents :

Dr E : *« Le papa qui m'a quand même aidé à tenir l'enfant qui était déjà bien tonique euh donc effectivement c'était pour un Priorix® plus vers l'âge de 2 ans. Euh.. ça s'est passé sans heurt particulier avec une bonne explication, et puis pas de gros soucis en tous cas. »*

Dr G : *« Je les fais toujours participer car il faut qu'ils tiennent un peu les mains pour pas qu'ils viennent taper dans l'aiguille, tout ça… »*

Dr J : *« Bah souvent c'est les parents qui tiennent. »*

Le médecin J évoque également l'aide de son étudiant lorsqu'il est présent : *« Bon quand il y a mon interne, bah mon interne me donne un coup de main. »*

V-Pistes pour améliorer la couverture vaccinale

1- Meilleure information aux parents

Une diffusion d'informations plus fiables aiderait à convaincre selon les médecins interrogés :

Dr E : *« Bah facilité, je vais dire oui au moins par les médias en donnant des informations convenables. »*

Dr F : « *Non, peut-être essayer d'informer les gens de façon un peu plus, honnête, mais bon, ça c'est les médias. »*

Le Dr D évoque la multiplication d'informations non fiables : *« Sachant maintenant qu'avec internet, ils ont accès à énormément de choses, surtout les nouvelles générations. Après sur internet, il y a tout et rien ; tout et n'importe quoi. »*

Il insiste sur le fait que le médecin généraliste doit être informé et formé lui-même afin de remplir son rôle de prévention : *« Il faut que les médecins soient aussi bien informés aussi par les autorités sanitaires, et qu'on ait de quoi répondre aux patients, une meilleure information, et une meilleure formation. »*

Le Dr H évoque également ce problème de formation médicale : *« Si les médecins ne lisent pas suffisamment, ne s'informent pas suffisamment sur la vaccination, ils peuvent aussi donner des informations erronées au patient. Ce qui est un peu problématique. Car je sais qu'il y a des médecins qui trouvent que la vaccination, ce n'est pas bon. »*

Le Dr A évoque différents moyens d'information que les médecins généralistes peuvent mettre à la disposition de leurs patients *: « Après ce que l'on pourrait remettre des plaquettes complémentaires, ça pourrait être aussi un petit document d'information, éventuellement avec certains…. Puisque les gens sont connectés. Les médecins peuvent très bien avoir des sites internet à leur propre nom avec des conseils qu'ils peuvent donner à leurs patients sur leur site internet sur la vaccination en général. Je pense par exemple au site Docvadis auquel je suis abonné dans lequel il n'y a pour l'instant que mon nom, mon prénom, mon numéro de téléphone, mais que je peux remplir avec de conseils aux voyageurs, des vaccinations, des choses comme ça. »*

2- <u>Prise en charge financière totale des vaccins</u>

La prise en charge financière totale des vaccins pourrait permettre une meilleure couverture vaccinale :

Dr A : *« Si on faisait un vaccin pour le rotavirus remboursé, il n'y aurais pas de problème sachant que actuellement, ça coute 50/60 euros et qu'il en faut deux.. ça fait réserver ça aux gens qui ont les moyens (fronce les sourcils)…la prise en charge financière des vaccins quand ils sont jugés nécessaires pour la Santé Publique. »*

Dr G *: «Euh, après je propose toujours le vaccin pour la gastroentérite. Mais bon, comme ce n'est pas encore remboursé, c'est rarement fait. Et puis, voilà. »*

3- Valorisation de l'acte médical

Le Dr A propose de consacrer plus de temps à condition de valoriser l'acte vaccinal : *« Euh je pense que si on donnait un petit peu plus de temps peut être au médecin en valorisant son acte, ça serait peut-être plus facile. »*

4- Vacciner autrement

Le Dr D émet l'idée d'une vaccination par voie orale : *« Bah voilà, ça serait faire des vaccins par voie orale, et qu'il n'y est plus de piqûre en tant que tel, mais bon ça….ça me parait difficile (sourires), dans l'immédiat en tous cas. Peut-être qu'on fera des vaccins tout par voie orale, ça faciliterait les choses. »*

DISCUSSION

I- Intérêt et spécificités de l'étude

1- Choix d'une étude qualitative

L'analyse qualitative s'est prêtée parfaitement à l'étude, le but étant de recueillir la pratique et le ressenti des médecins généralistes sur la vaccination. Cette méthode permet une liberté d'expression en répondant à la question du "comment". En effet, chaque médecin a son propre vécu, sa propre expérience des consultations de vaccination chez l'enfant. Le but n'était pas ici de chiffrer les connaissances des médecins généralistes, comme c'est le cas dans les études quantitatives.

2- Particularités de l'étude qualitative

a) Le recrutement

Tout d'abord, le recrutement des médecins interrogés n'a pas été totalement choisi au hasard. La méthode nécessitant un échantillon diversifié de médecins généralistes de par leur lieu

d'exercice, leur sexe, leur âge et leurs activités annexes à la médecine générale, j'ai ciblé mes entretiens en connaissant un minimum de ces caractéristiques. Parmi les 11 médecins interviewés, un seul me connaissait personnellement.

Ensuite, pour des raisons pratiques, je n'ai interrogé que des médecins généralistes de la Somme, mais cela fait partie des données initiales de notre étude et ne constitue pas pour autant un biais.

L'échantillon était composé de onze médecins généralistes, l'inclusion s'étant arrêtée une fois la saturation des données atteinte. Ce petit nombre ne permet pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins, mais notre but était de recueillir un maximum d'opinions différentes, et non pas d'être statistiquement significatif.

b) Le recueil des données et l'analyse

A l'exception d'un entretien, tous ont été réalisés au cabinet respectif de chaque médecin. De ce fait, parmi les entretiens, trois entretiens ont été interrompus de façon intermittente par le téléphone.

La principale difficulté des entretiens semi-dirigés est d'écouter le médecin afin de pouvoir relancer au bon moment de la discussion, sans l'influencer.

Enfin, les entretiens audio ne rendant pas compte de la communication non-verbale, et étant soumis à l'interprétation de l'interviewer, certaines idées n'ont pas forcément étaient retranscrites de la manière dont l'interviewé voulait l'exprimer.

II- Confrontation de notre étude à d'autres travaux

1- Une sensibilisation évidente des médecins au ressenti douloureux des enfants en bas âge lors de l'acte vaccinal, mais un manque de connaissances :

Les médecins généralistes vaccinant tantôt sur la table d'examen, tantôt dans les bras des parents, un travail de thèse quantitative réalisé en 2013 à au CHU d'Amiens et dans les services de PMI de la Somme sur l'évaluation de la prise en charge antalgique lors de la vaccination de l'enfant de moins de quatre mois [1], a montré que les enfants installés dans

les bras de leurs parents semblent ressentir moins la douleur que sur la table d'examen lors de l'injection du Prévenar®. Ce dernier est d'ailleurs toujours réalisé en deuxième, car plus douloureux que l'Infanrix®, dont le temps de pleurs de l'enfant a été retrouvé significativement plus court. Cette étude n'avait cependant pas retrouvé de différence significative entre les différents groupes d'antalgiques utilisés, à savoir la crème anesthésiante type Emla®, la solution sucrée ou la succion. Le contact physique de l'enfant avec ses parents est donc important dans la prévention de la douleur per vaccinale.

Cette sensibilisation des médecins généralistes à la douleur est retrouvée dans un travail de thèse quantitative réalisé en 2014 parmi des généralistes picards.[3] En effet, 92 % d'entre eux considéraient la vaccination comme douloureuse. Le moyen antalgique utilisé était majoritairement le patch d'Emla®, mais avec un manque de connaissance concernant les autres moyens antalgiques. En effet, j'ai effectué ce constat lors de mes entretiens, pendant lesquels aucun des médecins ne m'a parlé de lui-même de distraire l'enfant, du réflexe de succion, ou encore du Pacidol® utilisé en médecine de ville, qui se présente sous la forme d'une sucette avec un réservoir, permettant l'administration d'une solution de saccharose. De même, l'utilisation de paracétamol en post-injection est souvent prescrit. Or, une étude de Prymula *et al*. en 2009 [7] a montré que le taux d'anticorps développé lors de la primovaccination ou du rappel était inférieur dans le groupe ayant reçu du paracétamol par rapport au groupe n'ayant rien reçu. Ainsi, l'administration de paracétamol en post-injection diminuerait la réponse vaccinale. Cependant, nous ne disposons que d'une seule étude à ce sujet.

2- <u>Une place de première ligne en matière de vaccination avec une relation médecin-parents déterminante :</u>

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel auquel les parents ont recours pour les vaccinations de leur enfant. Il a donc un rôle crucial en prévention primaire. La consultation du premier mois de vie de l'enfant est particulièrement importante car c'est la consultation au cours de laquelle le médecin explique le programme vaccinal à venir de l'enfant. La relation avec les parents est ici primordiale, la décision finale leur revenant. Notre étude a mis une nouvelle fois en lumière l'importance de la relation médecin-patient à travers les explications que le médecin peut donner aux parents afin qu'ils aient un choix éclairé. En

effet, les parents adhérent d'autant plus aux propositions du médecin qu'ils ont confiance en lui.

Un travail de recherche réalisé dans le but d'aider les professionnels de santé à favoriser la communication avec les parents concernant la vaccination, a montré que les principaux facteurs de sous-vaccination sont des problèmes logistiques du fait d'un contexte socio-familial difficile (absence de moyens de locomotion), ainsi que le doute des parents concernant la nécessité des vaccins et la sécurité des vaccins.[8] Ils attendent également que le médecin évoque les effets secondaires communs universels des vaccins, ainsi que les effets rares mais graves. Ainsi, ce travail de recherche a souligné l'importance d'identifier la " position" des parents concernant la vaccination et de susciter leur propre motivation à faire vacciner leur enfant, sans vouloir persuader à tout prix afin d'éviter d'entrer dans des débats contradictoires.

Dans les années 80, une méthode de communication et de préparation à un changement de comportement a été mise au point par Miller et Rollnick [9] dans le contexte des dépendances (alcool, drogues) : l'entretien motivationnel. Par la suite, cette méthode a été reprise et évaluée dans plusieurs autres contextes, comme les changements de comportement relatifs à la nutrition, à l'activité physique, à l'observance thérapeutique et à l'application de mesures d'hygiène. Elle est particulièrement efficace et indiquée auprès des patients ambivalents, réticents ou résistants. L'entretien motivationnel repose sur l'empathie, l'absence d'argumentation, l'exploration et le respect de l'autonomie. Il consiste à amener le patient réticent à choisir la vaccination en invitant le patient à s'exprimer sur le sujet, à répéter ce qui a été compris en valorisant les points positifs, et en résumant tout en apportant des informations complémentaires.

Du côté de l'enfant, il paraît important de l'approcher progressivement, notamment par l'intermédiaire de l'examen clinique et la prise de mesures avant l'acte vaccinal lui-même. Une étude réalisée en 2004 [10] auprès de médecins généralistes lorrains a montré l'intérêt d'un environnement adapté à la personnalité et à l'âge de l'enfant dans la mise en confiance de l'enfant.

3- Une succession de polémiques à l'origine de nombreux doutes

La désinformation médicale, notamment médiatique, ainsi que via les sites internet, constitue un frein majeur à la vaccination pour les médecins généralistes. En effet, plusieurs vaccins font régulièrement la Une des médias, en raison des doutes qu'ils suscitent. Cela a commencé dans les années 90 lors de la vaste campagne de vaccination lancée contre le virus de l'hépatite B. La vaccination systématique dans les collèges avait été brutalement interrompue suite à un potentiel lien entre le vaccin contre l'hépatite B et certaines maladies neurologiques, la sclérose en plaques notamment, ce qui relance les doutes. Pourtant, de nombreuses études épidémiologiques [11] ont écarté l'existence d'un lien de cause à effet entre le vaccin anti-hépatite B et la sclérose en plaques.

Viendront ensuite successivement le cas du ROR en 1998 suspecté de favoriser l'autisme, dont l'absence de lien a été confirmée dans une étude publiée en avril 2015 [12], la polémique sur le vaccin contre la grippe A H1N1 en 2009 accusé d'effets secondaires. En 2013, le Gardasil®, vaccin contre l'HPV, est au cœur d'une controverse concernant des maladies auto-immunes comme la sclérose en plaques ou comme le lupus après la vaccination de certaines jeunes filles. En 2015, le débat autour de la présence d'aluminium dans les vaccins est relancé.

La pétition lancée par le professeur Joyeux dénonce la présence de sels d'aluminium et de formaldéhydes dans l'Infanrix Hexa®, accusées de provoquer la myofasciite à macrophages. [13]. Mais ces adjuvants sont présents dans la plupart des vaccins, et le Haut Conseil de la santé publique a estimé en 2013 que « les données scientifiques disponibles à ce jour ne permettent pas de remettre en cause la sécurité des vaccins contenant de l'aluminium ». [14]
Les doutes émis des médecins à l'égard des vaccins engendrent une méfiance supplémentaire des patients. Lors de mes entretiens, un des médecins a affirmé être plutôt favorable à une vaccination au cas par cas, hormis celles qui engendrent les pathologies les plus graves (le ROR selon lui). Pourtant, le département de la Somme est un département rural loin des lobbyings anti-vaccins. Cette tendance n'est pas exceptionnelle puisque la dernière étude de la DREES montre que près d'un quart des médecins généralistes émettent des doutes à l'égard des risques et de l'utilité de certains vaccins. [15]

Récemment, en mars 2016, après 17 années d'instruction, le parquet de Paris a prononcé un non-lieu dans l'enquête sur le vaccin contre l'hépatite B, faute de lien établi entre la prise du vaccin et le déclenchement de maladies neurologiques. Cependant, tant lors des entretiens que lors de ma pratique, cette affaire médiatique concernant la vaccination contre l'hépatite B, revient régulièrement en consultation, d'autant plus que les patients actuellement parents étaient adolescents au moment où ont commencé les contestations.

Toutes ces différentes affaires médiatiques concernant la vaccination constituent un réel frein pour le médecin généraliste qui doit en permanence argumenter pour convaincre les parents réfractaires.

4- Vers un nouveau débat sur la vaccination

Les pénuries persistantes de vaccins pentavalents utilisés chez les enfants de moins de deux ans en primovaccination mettent les médecins généralistes en difficultés depuis fin 2014. [16] En effet, pour suivre le schéma vaccinal recommandé, seul le vaccin hexavalent protégeant contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus Influenzae et l'hépatite B, est disponible. Ce problème d'approvisionnement a contribué à relancer le débat sur la vaccination, les parents n'ayant pas le choix que de faire administrer l'Infanrix Hexa® à leur enfant. Le cas échéant, ceci engendre des retards de vaccination concernant les vaccinations obligatoires (Diphtérie Tétanos Poliomyélite), contribuant donc à une diminution de la couverture vaccinale. Ce mouvement de défiance envers les vaccins contribue à entraîner une recrudescence de certaines maladies, comme la rougeole ou la coqueluche. D'ailleurs, une épidémie de Rougeole a été constatée en France en 2008 avec 600 cas déclarés. Cette épidémie s'est accentuée ensuite avec près de 15 000 cas déclarés pour la seule année 2011. Depuis le nombre de cas a diminué mais le virus continue à circuler et en 2015 199 cas ont été déclarés entre le 1er janvier et le 31 mai en particulier dans l'Est de la France. Au total, entre janvier 2008 et fin 2015, plus de 23500 cas ont été déclarés en France. [17]. Le cas de diphtérie en juin 2015 d'un enfant espagnol de six ans non vacciné est un autre exemple de situation tragique qui pourrait être évitée et qui nécessite une sensibilisation accrue des parents à la vaccination.[18]

Selon le dernier rapport sur la politique vaccinale présenté en janvier 2016 par Sandrine Hurel, « la distinction entre vaccins obligatoires et vaccins recommandés rend le dispositif

peu lisible y compris pour les médecins, les vaccins recommandés pouvant sembler facultatifs. Cette distinction aboutit à ce qu'une partie des usagers assimilent la notion de "vaccin recommandé" à celle de "vaccin facultatif". » [19]. L'Etude Canvac sur la perception de la vaccination menée auprès d'un échantillon représentatif de 957 personnes va dans ce sens puisqu'elle a montré que 53 % des personnes interrogées pensent que les vaccins recommandés sont moins importants que les vaccins obligatoires.[20]

En janvier 2016, la ministre de la Santé a annoncé une « grande concertation citoyenne sur la vaccination » qui pourrait déboucher sur une évolution de la politique vaccinale française, notamment sur les vaccins obligatoires. Cette concertation citoyenne sera menée par le Pr Alain Fischer, professeur d'immunologie pédiatrique, et vise à "écouter" et "comprendre les réticences" de certains parents. La question essentielle est de savoir s'il est opportun de remplacer les vaccinations obligatoires par d'autres stratégies qui conduiraient à une adhésion « consentie » à la vaccination, sans pour autant dégrader les taux de couverture vaccinale, voire en les améliorant. Une conférence de consensus scientifique a été jugée également indispensable pour répondre aux questions qui aujourd'hui créent une incertitude sur la pertinence des vaccins. Le fait que des instances scientifiques se soient déjà prononcées n'a pas permis d'apaiser l'inquiétude sur certains champs. Cette conférence de consensus scientifique permettra au jury réuni à cette occasion de faire la synthèse des connaissances scientifiques et médicales sur des questions précises dont certaines seraient issues du débat public. [19]

5- Quelques propositions d'amélioration de la couverture vaccinale

Pour améliorer la couverture vaccinale, il faut avant tout regagner la confiance de certains médecins généralistes quant aux bénéfices et aux risques des vaccins. Si le médecin n'est pas convaincu lui-même, cela a obligatoirement un impact quant aux explications qu'il va donner aux patients. Toujours selon la dernière étude de la DREES [15], les médecins généralistes « modérément » confiants voire « peu » confiants envers les vaccinations sont des médecins souvent âgés, exerçant pour la plupart seuls, qui ont une activité plus faible que la moyenne générale, pratiquant plus fréquemment des médecines douces et ayant été confrontés plus souvent que leurs confrères à une maladie grave parmi celles ayant provoqué des polémiques sur la vaccination. Ils ont également moins accès à une formation médicale continue. Cette corrélation entre le profil des médecins et la confiance qu'ils accordent aux vaccins est

intéressante afin de pouvoir agir sur ces facteurs pouvant leur faire regagner une part de confiance.

Une des pistes visant à améliorer la couverture vaccinale passe également par une meilleure réponse de la part des médecins généralistes face aux patients interrogatifs. En effet, les médecins n'ont pas toujours confiance en eux pour informer leurs patients sur les vaccins : si 96 % se considèrent « plutôt » ou « tout à fait » à l'aise pour donner des explications sur l'intérêt des vaccins et 81 % sur leur sécurité, seuls 43 % se sentent à l'aise pour expliquer le rôle des adjuvants à leurs patients. [15]. Une meilleure formation visant à améliorer les compétences des généralistes en matière de communication avec les patients hésitants ou réticents à la vaccination paraît intéressante. Parmi les médecins interrogés, près de huit sur dix plébiscitent des outils de communication et d'information visant *in fine* leurs patients : argumentaires sur les bénéfices et les risques des vaccins, livrets d'information à destination des patients, campagnes d'information grand public. Le bénéfice des vaccins parait ne pas être mis assez en avant par rapport aux risques. Pourtant, de nombreux programmes d'information tels que L'INPES, disposent de nombreux documents sur la vaccination mis à disposition dans les salles d'attente ou sur son site. Des campagnes telles que la semaine européenne de vaccination ou la campagne sur la rougeole existent mais « restent peu visibles auprès des médecins et du public. », selon Pierre Begué, le Président de l'Académie de Médecine.[21].
« Le BEH publie régulièrement le nouveau calendrier vaccinal et de nombreuses enquêtes sur les maladies à prévention vaccinale. Document de qualité, gratuit et accessible par Internet sur le site de l'InVS, il est peu connu des médecins. », insiste Pierre Begué.

Quant au remboursement des vaccins, il est vrai que cette mesure a contribué initialement à augmenter la couverture vaccinale pour les jeunes enfants. Par exemple, pour le vaccin contre l'hépatite B, 92,1% des enfants âgés de 6 mois nés en 2014 avaient débuté une vaccination contre l'hépatite B, comparé à 24,6% pour les enfants nés en 2004. Cette très forte progression s'observait surtout à partir de 2008, où la couverture vaccinale doublait. C'est d'ailleurs à partir de cette même année que la vaccination hexavalente a été admise au remboursement. À l'âge de 24 mois, la couverture vaccinale pour trois doses était de 81,5% en 2013 et suivait la même dynamique. Cette même année, une couverture vaccinale trois doses supérieure à 80% était observée dans 55% des départements, contre 2% en 2008. Cependant, ce constat n'est pas valable chez le grand enfant ou l'adolescent puisque au-delà de 24 mois, la couverture était de 50,9% à 6 ans (2013), de 45,8% à 11 ans (2008) et de

43,1% à 15 ans (2009). [22]. Ce phénomène a été également observé pour le ROR où chez les enfants âgés de 24 mois nés en 2012, la couverture vaccinale ROR deux doses restait insuffisante (72 %), mais avec une tendance à l'augmentation du taux d'enfants ayant reçu une seule dose : 90,5 % dans la cohorte d'enfants nés en 2012, 89 % pour ceux nés en 2008. C'est d'ailleurs également à partir de 2008 que la vaccination contre le ROR a été remboursée intégralement. [23]. La gratuité des vaccins est ainsi nécessaire mais insuffisante puisque la couverture vaccinale stagne pour plusieurs vaccins.

Comme évoqué au cours des entretiens, la formation de ceux qui informent les patients, notamment les médecins et les autres professionnels de santé (infirmiers, sage-femme, pharmaciens) dans le domaine de la vaccinologie par l'intégration d'heures d'enseignement spécifiques dans les cursus, paraît intéressante. Le médecin doit connaître les maladies contre lesquelles il vaccine. Il peut ainsi répondre aux questions des patients sur la maladie et la raison de la vaccination. L'enseignement de l'épidémiologie est primordial pour la compréhension des enjeux vaccinaux en santé publique. De même, la formation médicale continue devrait peut-être proposer plus souvent le thème de la vaccination afin que le médecin puisse adapter ses réponses aux dernières données scientifiques. Cependant, il existe peu d'études concernant la formation des médecins sur la vaccination. Par contre, du côté des patients et plus en amont, Pierre Begué évoque la possibilité « d'une formation claire à l'école sur la biologie et les sciences exactes permettrait peut-être au public de mieux appréhender les notions d'épidémiologie qui sous-tendent les justifications de la vaccination.» [21]

Un travail de thèse réalisé dans la Vienne a étudié la mise à disposition de vaccins tels que le ROR au cabinet du médecin généraliste. Il s'avère que c'est un moyen efficace d'amélioration de la couverture vaccinale. [24]. Cette étude concernait également les jeunes adultes, ce qui n'est pas directement comparable à notre étude se limitant à l'enfant en dessous de deux ans, dont la décision revient aux parents. La gestion des stocks de vaccins peut paraître un frein pour les médecins généralistes. Cependant, la détention et la conservation d'un stock de vaccins au cabinet et leur traçabilité a déjà été évoqué et fait d'ailleurs partie des axes de recherche définis dans le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 pour simplifier le parcours vaccinal en médecine libérale [25].

L'inscription des vaccinations sur la carte vitale du patient est aussi une des pistes d'amélioration de la couverture vaccinale en ayant accès plus facilement au statut vaccinal du patient. Un site Internet [26] permet déjà la création d'un carnet de vaccination électronique. Il est sécurisé et agréé par la CNIL et assure l'anonymat du patient. Il est également indépendant vis-à-vis des firmes pharmaceutiques. Il peut être créé simplement par le patient ou le médecin et permet ainsi de recevoir les rappels vaccinaux par courrier ou SMS. Un travail de thèse réalisé dans la région de Bordeaux dans des cabinets libéraux de médecins généralistes a étudié l'intérêt d'un carnet de vaccination électronique. Parmi les médecins interrogés, 82% des praticiens ont jugé l'application utile. Ce sont surtout les fonctionnalités concernant l'historique vaccinal des patients et les recommandations personnalisées mises à jour en temps réel qui ont été jugées les plus intéressantes. [27] Cependant, il s'agit d'une étude pilote descriptive réalisée dans un seul département, qui nécessiterait d'être élargie.

CONCLUSION

La consultation de vaccination chez l'enfant de moins de deux ans se passe globalement bien du point de vue des généralistes interrogés.

Tout d'abord, la mise en confiance de l'enfant associée à un examen clinique éliminant les principales contre-indications vaccinales semblent être des étapes clés de la consultation de vaccination. Quant à la douleur, le contact physique de l'enfant avec ses parents est un élément important à prendre en compte dans la prévention de la douleur per vaccinale. Le patch anesthésiant et la solution sucrée sont les moyens antalgiques les plus connus des médecins interrogés, bien que l'utilisation du patch reste controversée.

Si le geste technique même de la vaccination ne les met pas en difficultés, en revanche il en est autrement lorsqu'il s'agit d'informer les patients. La succession des diverses affaires médiatiques a constitué et constitue toujours un véritable frein à la vaccination.

Les mesures mises en place telles que la simplification du calendrier vaccinal ainsi que le remboursement des vaccins ont contribué à simplifier la pratique de la vaccination en médecine de ville et donc à améliorer la couverture vaccinale, qui reste néanmoins insuffisante.

Notre étude a également mis en lumière l'existence de doutes provenant des médecins eux-mêmes. Or, par sa position de premier recours, le médecin généraliste constitue un véritable vecteur de l'information médicale. La confiance que les patients lui accordent a également une part importante dans les décisions que les patients prennent vis-à-vis des vaccinations. C'est pourquoi il paraît important que le médecin généraliste s'informe régulièrement de l'actualité vaccinale à partir de sources fiables afin de pouvoir répondre aux interrogations du public.

BIBLIOGRAPHIE

1. Degorre Coralie. Evaluation de la prise en charge antalgique lors de la vaccination des enfants de moins de quatre mois. Thèse de la faculté de médecine d'Amiens, 2013, 53 p.

2. Quesnel Elise, Pratique des médecins généralistes face à la douleur de la vaccination chez les enfants de 0 à 3 ans. Thèse de la faculté de médecine de Nantes, 2010, 62 p.

3. Guiol-Aymé Anne-Claire. Etat des connaissances et pratiques des médecins généralistes face à la douleur liée à la vaccination des nourrissons. Thèse de la faculté de médecine d'Amiens, 2014, 71 p.

4. Giordano Y. Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative. Colombelles : EMS Management et Société, 2003, 318 p.

5. Blanchet A. et Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien 2ème édition. Paris : Nathan, 2007,126 p.

6. Paillé, P. Une enquête de théorisation ancrée : les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss. In B. G. Glaser et A. L. Strauss, La découverte de la théorie ancrée, Paris : Armand Colin, 2010, p. 23-77.

7. Prymula R., Siegrist C.A., Chlibek R., Zemlickova H., Vackova M., Smetana J. et al Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children : two open-label, randomised controlled trials Lancet, 2009, 374 : 1339-1350

8. Julie Leask, Paul Kinnersley, Cath Jackson, Francine Cheater, Helen Bedford, Greg Rowles. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals BMC Pediatr. 2012; 12: 154. Published online 2012 September. Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480952/

9. Miller, William R. et Rollnick, Stephen. L'entretien motivationnel-2e éd.: Aider la personne à engager le changement. InterEditions, 2013.

10. Hurpeau-Artis Anne-Sophie. Accueil de l'enfant en médecine générale. La relation médecin-enfant malade. A propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes. Thèse de la faculté de médecine de Nancy, 2014, 113 p.

11. Levy-Bruhl D., Rebiere I., Desenclos J.C., Drucker J. Comparaison entre les risques de premières atteintes démyélinisantes centrales aiguës et les bénéfices de la vaccination contre l'hépatite B. Bulletin. Epidémiologique. Hebdomadaire.1999; 9 : 33-5.

12. JAMA - Journal of the American Medical Association. "No association found between MMR vaccine and autism, even among children at higher risk." ScienceDaily, 21 April 2015. Disponible sur www.sciencedaily.com/releases/2015/04/150421111240.htm.

13. Professeur Joyeux H. Rendez-nous notre vaccin DT-Polio, sans aluminium. [en ligne]. Disponible sur http://www.professeur-joyeux.com/rendez-vaccin-dt-polio-aluminium/

14. Haut Conseil de la Santé Publique, Aluminium et vaccins. [en ligne]. Disponible sur http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=369

15. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. INPES. Etudes et résultats. n°910, 31 mars 2015.

16. De la pénurie à la controverse : le point sur la vaccination en France, Journal Le monde, [en ligne]. Disponible sur http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/06/05/de-la-penurie-a-la-controverse-le-point-sur-la-vaccination-en-france_4648288_4355770.html

17. Info Rougeole, INPES, [en ligne], disponible sur http://www.info-rougeole.fr/

18. Trente ans après son éradication, la diphtérie réapparaît en Espagne, Le Monde, Juin 2015. [en ligne]. Disponible sur http://www.lemonde.fr/

19. Rapport sur la politique vaccinale, Hurel S., Janvier 2016. [en ligne]. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/

20. Floret D, Bourdillon F. Vaccination : entre recommandation et obligation (2013). Actualité et dossier en santé publique, n° 83 : 54-56.

21. Bégué P. Le refus des vaccinations. Aspects actuels en 2012 et solutions en santé publique (2012). Bull. Acad. Natle Méd., 196, N° 3 : 603-618.

22. Gautier A, Lydié N, Jestin C, Pulcini C, Verger P. Vaccination contre l'hépatite B : perceptions et pratiques des médecins généralistes, France, 2014. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2015;(26-27):492-8.

23. Institut de veille sanitaire. Couverture vaccinale. Données 2014.[en ligne]. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/

24. Rethore Berthome Emilie, Impact sur la couverture vaccinale de la mise à disposition des vaccins au cabinet du généraliste : Etude prospective sur la vaccination dTCaPolio et ROR dans la Vienne. Thèse de la faculté de médecine de Poitiers, 2013, 133 p.

25. Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Direction générale de la santé. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017, 2013 [en ligne]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr

26. Mon carnet de vaccination électronique. [en ligne]. Disponible sur https://www.mesvaccins.net

27. Haneche Fatiha, Intérêt d'un carnet de vaccination électronique intégrant un système expert pour aider les médecins généralistes à appliquer les recommandations vaccinales : étude pilote en Gironde et dans les Landes, Thèse de la faculté de médecine de Bordeaux, 2014, 160 p.

ANNEXE 1 CALENDRIER VACCINAL 2015

Référence Internet : *[http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1175.pdf]*

ANNEXE 2 COUVERTURE VACCINALE EN FRANCE A L'AGE DE 24 MOIS POUR LE ROR DE 2010 à 2013

Couverture vaccinale rougeole, oreillons, rubéole « 1 dose » et « 2 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2010-2013 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24ème mois. Traitement InVS) (%)

Année de collecte	2010		2011		2012		2013	
	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses
ROR	89,2	60,9	89,4	67,3	90,5	72,0	90,3	74,5

Référence Internet : *[http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Rougeole-rubeole-oreillons/Groupe-d-age/Couverture-vaccinale-rougeole-oreillons-rubeole-1-dose-et-2-doses-a-l-age-de-24-mois-France]*

ANNEXE 3 : COUVERTURE VACCINALE EN FRANCE A L'AGE DE 24 MOIS POUR LA DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITE ENTRE 1985 ET 2013

Couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche à l'âge de 24 mois, France, 1985-2013 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24ème mois. Traitement InVS)																					
	1985 (%)	1990 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
DT 3 doses		96,4	97,1	97,4	97,6	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,5	98,5	98,8	98,8	98,5	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5
DT rappel	73,0	84,7	88,5	89,8	89,7	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7	91,0
Polio 3 doses		96,1	96,9	97,1	97,4	97,2	97,6	98,0	98,0	97,4	96,2	98,5	98,4	98,7	98,6	98,3	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5
Polio rappel	75,0	84,3	88,1	89,4	89,3	87,4	87,5	87,7	87,7	88,3	89,1	89,1	89,2	90,5	91,2	91,5	91,7	91,3	91,3	91,7	91,0
Coqueluche 3 doses		94,3	95,9	96,7	96,8	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	98,2	98,2	98,5	98,4	97,9	98,2	98,2	98,4	98,4	98,3
Coqueluche rappel	74,0	82,4	87,3	89,0	88,8	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89,0	90,3	91,0	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9	90,3

Référence Internet : *[http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Diphterie-tetanos-poliomyelite-coqueluche]*

ANNEXE 4 GUIDE D'ENTRETIEN

Je vous remercie d'avoir accepté de me recevoir pour parler de votre pratique concernant la prévention en médecine générale. Notre conversation va être enregistrée afin que je puisse la retranscrire mot pour mot. Elle sera rendue anonyme.

1) Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre exercice, de votre installation jusqu'à maintenant ?

(Noter le sexe du médecin interviewé)

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Dans quel milieu exercez-vous et pourquoi ? (urbain/rural/semi-rural)
- Avez-vous une orientation particulière ? Si oui, laquelle ?
- Quelle est la spécificité de votre patientèle ?

2) Mon travail de thèse sur la prévention porte plus spécifiquement sur la vaccination. Racontez- moi votre dernière consultation au cours de laquelle vous avez pratiqué une vaccination.

- Quelles explications aviez-vous données au préalable et à quel moment concernant l'acte vaccinal en lui-même ?
- Comment prévenez-vous la douleur en pré-vaccinal ?
- A quel moment de la consultation est réalisée la vaccination ?
- Une désinfection est-elle réalisée et comment ?
- Quel est le site d'injection ?

3) Vous venez de me raconter une vaccination chez un adulte, vous pouvez me parler d'une consultation avec vaccination d'un enfant de moins de 2 ans ? Ou alors : Vous venez de me parler d'une consultation avec vaccination d'une jeune enfant. Les consultations sont souvent différentes, pouvez- vous me raconter un autre épisode de vaccination d'un enfant de moins de 2 ans ?

4) Que pensez-vous de l'information des parents quant à la vaccination de leur enfant ?

- Quelles sont les connaissances des parents sur les vaccinations ?
- A quel moment informez-vous les parents sur les vaccinations (calendrier, vaccinations obligatoires et recommandées, contre- indications, effets secondaires)

5) Les nourrissons et les très jeunes enfants sont accompagnés pendant ces consultations. Parlez-moi de ces accompagnants.

- Qui accompagne ?
- Comment et quand interviennent-ils ?
- Participent-ils activement à la vaccination ?

6) Pensez- vous que cet acte important dans notre pratique puisse être facilité ? Par quoi ?

7) Auriez-vous quelque chose à ajouter dont vous aimeriez parler ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

LA CONSULTATION DE VACCINATION CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE DEUX ANS : PRATIQUE ET VECU DU MEDECIN GENERALISTE

Introduction : Depuis plusieurs années, la couverture vaccinale progresse, mais reste cependant insuffisante pour certains vaccins. Le médecin généraliste a un rôle important en matière de vaccination. Notre objectif était de connaître le déroulement d'une consultation de vaccination chez l'enfant de moins de deux ans en médecine générale et de recueillir le ressenti du médecin généraliste.
Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude qualitative à partir de onze entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Somme.
Résultats : La consultation de vaccination chez l'enfant de moins de deux ans n'a relativement pas posé de problème concernant l'acte vaccinal lui-même. Les généralistes se sont sentis surtout en difficulté pour informer les parents sur les différents vaccins, on encore vis-à-vis de refus concernant les vaccins recommandés.
Discussion : La conviction personnelle du médecin sur la vaccination et la relation de confiance que le médecin entretien avec les parents sont apparues comme les facteurs majeurs d'une bonne acceptabilité des vaccins auprès des parents. La simplification du calendrier vaccinal a également contribué à faciliter la vaccination. Malgré tout, la population française reste méfiante vis-à-vis des vaccins, sous-tendue par des informations erronées diffusées publiquement de façon régulière.
Conclusion : Si la consultation de vaccination se déroule de façon consensuelle chez la plupart des médecins généralistes, la mise à jour des connaissances concernant l'actualité vaccinale constitue une mesure indispensable face à la remise en cause régulière de la vaccination.
Mots-clés : Consultation, vaccination, enfant, pratique, médecine générale, ressenti.

VACCINATION CONSULTATION OF CHILDREN UNDER TWO YEARS OF AGE: THE FAMILY DOCTOR'S PRACTICE AND PERSONAL EXPERIENCES

Introduction: For several years now, vaccination coverage is improving, but remains insufficient for certain vaccines. The family doctor's practice has an important role in the vaccination field. Our aim was to observe the conduct of a vaccination consultation of children under two, run by a general medical practice, and to collect the general practitioners overall feeling.
Subjects and methods: We conducted a qualitative study based on eleven semi-structured interviews carried out by family's doctor in the department of the Somme.
Results: Counselling of immunisation children under two concerning the vaccination process itself appeared to hardly cause any problem. Family's doctor especially encountered difficulties advising parents on the different vaccines used, or even dealing with their refusal of the recommended vaccines.
Discussion: The personal conviction of the family's doctor vaccination approach, as well as the relationship of trust turned out to be the major factors in achieving the best possible acceptance of the vaccines by the children's parents. Simplifying the vaccination schedule also contributed to facilitating vaccination. In spite of this, the French population remains suspicious of vaccinations, underlain by regularly disseminated false information.
Conclusion: Even if the vaccination consultation unrolls in a consensual manner in the case of most general practitioners, updating the vaccination knowledge forms an essential measure to cope with the regularly calling into question of the vaccination process.
Keywords: Consultation, vaccination, child, practice, general practice, feeling.