

Vaccination antigrippale chez la femme enceinte : évaluation des perceptions chez des médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes

Julie Pocthier

▶ **To cite this version:**

Julie Pocthier. Vaccination antigrippale chez la femme enceinte : évaluation des perceptions chez des médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02397388

HAL Id: dumas-02397388

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02397388

Submitted on 6 Dec 2019

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.

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de

Docteur en Médecine

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

Le mercredi 16 octobre 2019

Par

Julie POCTHIER

Née le 05/01/1990 à Mont-Saint-Aignan (76)

VACCINATION ANTIGRIPPALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE : EVALUATION DES PERCEPTIONS CHEZ DES MEDECINS GENERALISTES DU DEPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

Thèse dirigée par **Dr Armelle COMPE**

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER, Président du jury

Madame le Professeur Valérie GIORDANENGO, Assesseur

Madame le Professeur Brigitte MONNIER, Assesseur

Madame le Docteur Armelle COMPE, Directrice de thèse

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des abréviations

ARN : Acide Ribonucléique

CAGE : Collège de Médecine Générale de Nice

GEIG : Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

ELISA : enzyme-linked immunosorbent assay soit dosage immuno-enzymatique sur support solide

HA : Hémagglutinine

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV : Human Papillomavirus

INA : Inhibiteurs de la neuraminidase

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

INVES : Institut de Veille Sanitaire

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MFIU : Mort fœtale in utero

NA : Neuraminidase

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCR : Réaction en chaîne par polymérase

SAGE : Groupe stratégique consultatif d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé

SDRA : Syndrome de détresse respiratoire aigu

TABLE DES MATIERES :

Page de garde……01

Liste des professeurs……02

Liste des abréviations……9

INTRODUCTION……13

PREMIERE PARTIE……14

1. Généralités……14

1.1. Grippe……14

1.1.1. Virologie……14

1.1.2. Modes Epidémiques……14

1.1.3. Transmission……15

1.1.4. Physiopathologie……15

1.1.5. **Clinique……17**

1.1.6. Complications……17

1.1.7. Examens complémentaires……18

1.1.8. Traitement/Prise en charge……18

1.1.9. Vaccination……20

1.1.10. Recommandations HAS……20

1. 2. Grippe saisonnière et grossesse……21

1.3. Vaccination antigrippale chez la femme enceinte : recommandations en France……23

1.4. Freins à la vaccination ……25

1.4.1. De la société française actuelle : la défiance vaccinale……25

1.4.2. De la part des médecins ……27

2. Epidémiologie de la grippe……29

2.1. En France ……29

2.2. En région PACA……29

2.3. Dans le département des Alpes-Maritimes……32

3. Couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes……32

3.1. En France et en région PACA……..32

3.2. Principaux prescripteurs du vaccin……..32

DEUXIEME PARTIE DE l'ETUDE……32

1.MATERIELS ET METHODES……32

1.1. Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés……32

1.2. Stratégie d'échantillonnage et modalité de recrutement ……34

1.3. Recueil des données ……35

1.4. Guide d'entretien……35

1.5. Analyse des données……35

2. RESULTATS……35

2.1 Résultats quantitatifs……35

2.1.1. Recrutement de l'échantillon……35

2.1.2. Caractéristiques de la population étudiée……37

2.1.3. Déroulement des entretiens……38

2.2 Résultats qualitatifs……38

2.2.1. Vaccination antigrippale des femmes enceintes……38

2.2.1.1. Qui doit s'occuper de la vaccination antigrippale de la femme enceinte ?..38

2.2.1.2. Comment décrire la couverture vaccinale anti grippale des femmes enceintes en France ? ……40

2.2.1.3. Que pensez-vous du rappel en 2016 des recommandations de l'HCSP de 2012 concernant la vaccination antigrippale des femmes enceintes en France ?.....40

2.2.2. Pratique vaccinale des médecins interrogés……42

2.2.2.1. La pratique vaccinale antigrippale chez les femmes enceintes……42

2.2.2.2. En quoi les recommandations et/ou le rappel des recommandations de l'HCSP ont changé la pratique des médecins ? ……43

2.2.3. Les freins à la vaccination antigrippale des femmes enceintes……44

2.2.3.1. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes……..44

2.2.3.2. Freins évoqués par les patients auprès de ces médecins……46

2.2.3.3. Craintes/peurs des femmes enceintes……48

2.2.4. Comment améliorer la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes ?...49

2.2.4.1. Propositions des médecins généralistes interrogés……49

2.2.4.2. Moyens à mettre en œuvre……50

TROISIEME PARTIE……55

1.DISCUSSION……55

1.1. Synthèse générale : les résultats principaux et leurs implications……55

1.2. Les résultats comparés aux données de la littérature……58

1.3. Hypothèses pour expliquer les observations……59

1.4. Perspectives pour l'avenir……59

2.ANALYSE……61

2.1. Discussion de la validité des résultats : force et faiblesse de la méthode……61

2.1.1. Les forces de l'étude……61

2.1.2. Les limites de l'étude……62

3.CONCLUSION……64

ANNEXES……65

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……73

SERMENT D'HIPPOCRATE……77

RESUME……78

INTRODUCTION

L'infection grippale chez la femme enceinte constitue un motif fréquent de consultation tant en milieu ambulatoire qu'hospitalier.

De nombreuses études ont clairement montré que l'infection grippale dans ce contexte est, à âge égal, plus fréquente et potentiellement plus grave que ce soit pour la femme, pour le bon déroulement de la grossesse et pour le fœtus.

Cependant, malgré l'intérêt certain du vaccin pour la mère et l'enfant à naitre appuyé par les recommandations (HCSP 2012), la couverture vaccinale reste basse.

Selon une enquête de l'Assurance Maladie, réalisée en 2018, près d'un français sur deux ne sait pas que les femmes enceintes doivent se faire vacciner contre la grippe.

Nous ferons un rappel de l'état de l'art sur la grippe et la vaccination.

L'objectif de cette étude est de déterminer, à partir d'entretiens qualitatifs auprès de médecins généralistes :

-leur(s) pratique(s) en termes de vaccination antigrippale des femmes enceintes,

-les freins à la vaccination,

-l'impact des recommandations.

Ceci afin de nous permettre de discuter les possibilités à envisager pour promouvoir cette vaccination.

PREMIERE PARTIE

1. Généralités

1.1. Grippe

1.1.1. Virologie

La grippe est une infection respiratoire aiguë virale qui évolue par épidémies (principalement en automne et hiver). Elle est due à *Influenzavirus* (appartenant à la famille des Orthomyxoviridae).

Il existe trois types majeurs (A, B et C en fonction des glycoprotéines de l'enveloppe **: hémagglutinine (HA)** et **neuraminidase (NA)**) (1).

Ses principales caractéristiques géniques sont :

-les oiseaux représentent le réservoir naturel de l'Influenza A

- le porc représente l'hôte intermédiaire

-le type A est le plus virulent et le plus épidémiogène

-il n'existe **pas d'immunité croisée inter-types,** une immunité acquise contre le type A ne procure pas d'immunité contre le type B.

-le génome viral est composé de 8 brins indépendants d'ARN simple brin qui permettent l'encodage de dix à onze protéines

1.1.2. Modes épidémiques

Les virus grippaux sont caractérisés par leur grande **plasticité génétique**, qui s'explique en partie par les mutations ponctuelles dues à l'absence d'activité correctrice de la polymérase virale, au sein des réservoirs qui sont les hommes, les oiseaux et les porcs domestiques essentiellement.

On distingue deux types de modifications génotypiques déterminant une modification plus ou moins importante de l'HA :

--**les glissements antigéniques** correspondant à des **mutations ponctuelles** aléatoires responsables d'un ou plusieurs changement(s) de la composition de l'HA. Ces mutations produisent un(des) sous-type(s) responsable(s) des **épidémies saisonnières grippales**. Ces évolutions sont détectables par les réseaux mondiaux de surveillance qui recensent les sous-types circulants afin d'adapter la composition du vaccin annuel.

--**les réassortiments antigéniques** correspondent à un échange de segments de génome viral entre un virus d'origine animale et un virus d'origine humaine co-infectant la même cellule, au sein d'un réservoir hôte « incubateur », aboutissant à la production d'une HA nouvelle. Un changement antigénique brusque et complet d'au moins une hémagglutinine détermine **une cassure.**

Un virus original est alors introduit dans la population humaine qui est immunitairement « naïve », (puisqu'elle n'a jamais été en contact avec ce nouveau virus). C'est la 1ére condition pour le déclenchement d'une **pandémie.**

Outre l'absence de pression immunitaire préexistante due à la nouvelle HA, la capacité de transmission interhumaine et/ou l'expression d'un ou de plusieurs facteur(s) viral(ux) de pathogénicité déterminent la diffusion et l'intensité de la pandémie.

On ne peut pas prévoir l'évolution virale et la mise au point d'un vaccin ne peut être effectuée qu'a posteriori.

Il existe une codification de la nomenclature virale, afin de caractériser la souche de virus. Il est alors indiqué par :

-son origine : réservoir animal ou lieu géographique d'origine si virus humain

-son type : sous la forme HxNy

Ainsi, on trouvera par exemple les souches : Swine/A/H1N1 ou Hong Kong/A/H3N2.

1.1.3. Transmission

Sa transmission est **strictement interhumaine** (essentiellement intrafamiliale et dans les collectivités) : **directe** par voie aérienne via les **gouttelettes** et accessoirement, **indirecte** croisée par **manuportage.**

Cette maladie circule selon deux modes : endémo-épidémique saisonnière (de novembre à février) et pandémique.

Au cours d'une période pandémique, plus de 30% de la population mondiale est infectée par le virus de la grippe, alors qu'il ne s'agit que de 10% (dont 5% des adultes et 20% des enfants) lors d'une saison épidémique (1).

1.1.4. Physiopathologie

--Cycle viral :

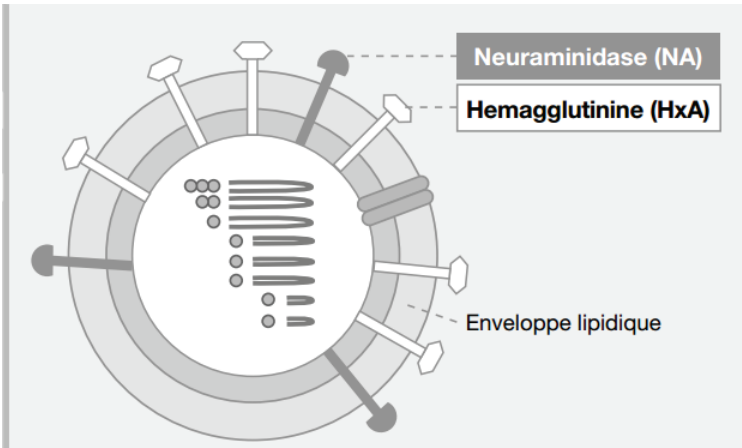
L'HA du virus grippal se **fixe** au récepteur spécifique à la surface des cellules épithéliales des voies respiratoires.

Le virus pénètre alors dans la cellule, puis sa réplication virale aboutit à la destruction cellulaire.

La NA du virus grippal permet la libération, et donc la **dissémination des nouveaux virions**.

Les premiers signes cliniques n'apparaissent qu'après la phase d'excrétion virale (1).

Figure 1 : Structure schématique d'un virus grippal (1)



Sous-types selon les différences antigéniques des 2 protéines de surface HA et NA. Codification de la nomenclature virale :

- Origine (réservoir animal ou lieu géographique d'origine si virus humain)
- Type
- HxNy

Exemples:

- Swine/A/H1N1
- Hong Kong/A/H3N2

--Conséquences :

Les lésions sont dues en partie à la **nécrose cellulaire** (cellules ciliées et productrices de mucus surtout), mais également à une intense **réaction inflammatoire sous-muqueuse** avec exposition de la matrice extracellulaire.

Ce phénomène rend alors possibles la fixation et la multiplication sur la matrice extracellulaire de bactéries commensales des voies aériennes supérieures ou d'entérobactéries (Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae).

Un épisode de grippe peut facilement être un facteur de décompensation d'un état pathologique sous-jacent (1).

1.1.5. Clinique

La grippe se caractérise par un début brutal avec différents symptômes regroupés en **syndrome grippal** associant : une fièvre élevée, des frissons, des arthro-myalgies, des courbatures, des céphalées, une rhinorrhée, une pharyngolaryngite, une trachéo-bronchite, de la toux sèche, irritative…

La phase d'**incubation** dure entre un à trois jours. La **contagiosité** commence un jour avant les symptômes et persiste jusqu'à six jours après. La phase d'**invasion** pendant laquelle le patient est symptomatique dure entre cinq à sept jours. Ensuite le patient guérit ou bien présente des complications (1).

1.1.6. Complications

Les principales complications sont :

- la **grippe maligne primaire** (appelée aussi pneumonie virale primaire) : pneumopathie alvéolo-interstitielle hypoxémiante rapidement évolutive vers un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA),

-la pneumonie bactérienne secondaire post influenza (surtout chez les sujets âgés),

-bronchite aiguë,

-la sinusite, l'otite moyenne aiguë,

-la myosite (surtout chez les enfants),

-la myocardite, la péricardite,

- l'encéphalite, la méningite, la méningo-encéphalite, la polyradiculonévrite,

-les troubles digestifs (diarrhée) avec déshydratation, la pancréatite aiguë nécrosante,

-la rhabdomyolyse,

-le Syndrome de Rey : encéphalite aiguë et hépatite aiguë fulminante, qui survient lors d'une grippe de type B traitée par aspirine chez l'enfant. Son taux de mortalité environne les 50%,

-la décompensation d'une comorbidité (1).

Cas particulier de la grossesse :

Les principales complications de la grippe au cours d'une grossesse sont :

-au niveau maternel : une surmortalité chez la femme enceinte due en particulier à une défaillance cardio-respiratoire,

-au niveau fœtal : avortement, prématurité, malformations congénitales neurologiques.

1.1.7. Examens complémentaires

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour le diagnostic d'une grippe non compliquée.

Cependant, certains cas particuliers de grippe nécessitent des examens complémentaires :

-les patients hospitalisés avec des complications respiratoires et/ou extra respiratoires,

-les femmes enceintes,

- les patients dont le médecin appartient au réseau sentinelle, à visée épidémiologique

Dans ces cas particuliers, le diagnostic virologique de la grippe repose alors sur la recherche du virus par **PCR influenzae** à partir d'un **prélèvement nasopharyngé profond**.

Son alternative est le Test rapide : détection directe d'antigènes viraux par test de diagnostic rapide (par ELISA ou immunofluorescence). La sensibilité de ce test est médiocre (1), mais sa valeur prédictive positive en période d'épidémie est très bonne. Dans ce contexte de variabilité des virus grippaux tous ces tests sont réévalués chaque année au début de l'épidémie.

1.1.8. Traitement/Prise en charge

=>Traitement symptomatique

Traitement ambulatoire

La prise en charge de la grippe est généralement réalisée en ambulatoire et consiste en :

-**un arrêt de travail** pour éviter la transmission de l'infection,

-**du repos** à domicile,

-un contrôle de l'hydratation et de la nutrition,

-des antalgiques, antipyrétiques si la fièvre est mal tolérée (PARACETAMOL).

En cas de surinfection pulmonaire bactérienne caractérisée, la prescription d'une antibiothérapie est nécessaire. Celle-ci doit cibler Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae. On utilise alors en 1ère intention l'AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE, pendant une période de sept jours (1).

Traitement hospitalier

Lorsqu'il y a une prise en charge hospitalière, des mesures supplémentaires sont nécessaires afin de prévenir la transmission, qui consistent en la mise en place de :

-Chambre individuelle

- Précautions complémentaires gouttelettes (masque chirurgical) ·

- Règles d'hygiène : se couvrir la bouche et le nez lors de la toux et des éternuements, utiliser des mouchoirs à usage unique dans une poubelle fermée, se laver les mains régulièrement.

=>Traitement antigrippal spécifique

Le traitement antigrippal spécifique repose sur l'utilisation **d'inhibiteurs de la neuraminidase (INA) : Oseltamivir**, par voie orale et **Zanamivir**, par voie inhalée.

En cas de grippe confirmée, leur utilisation doit être précoce, dans les **48 premières heures** suivant le début des symptômes. Ils permettent la réduction d'une durée de un jour et de l'intensité des symptômes ainsi que la réduction du risque d'hospitalisation chez les patients à haut risque de complications (1).

Indications des INA en période de circulation des virus de la grippe saisonnière :

La prescription des INA peut être indiquée en période de circulation des virus de la grippe saisonnière. Elle peut être soit curative, soit préemptif curatif, soit prophylactique post-exposition.

Tableau 1 : Indication des INA en période de circulation des virus de la grippe saisonnière (1)

Règle : efficacité corrélée à la précocité d'administration = démarrer le plus tôt possible, au mieux sous 48 heures (suivant le début des symptômes, en curatif ; suivant le contage, en préventif)		
Traitement curatif de personnes symptomatiques	**Traitement préemptif curatif = contact étroit avéré + pas de symptômes + haut risque de complications**	**Traitement prophylactique post-exposition**
· Personnes > 1 an à risque de complications, y compris femmes enceintes (= personnes relevant d'une indication vaccinale) · Grippe grave d'emblée · Grippe requérant une hospitalisation.	· Patients avec comorbidité(s) · Immunodéprimés	· Personnes > 1 an à risque de complications, y compris femmes enceintes · Collectivités de personnes à risque (personnes âgées institutionnalisées)

Critères d'hospitalisation

Même si la prise en charge est avant tout ambulatoire, certains patients nécessitent une hospitalisation. Ainsi, **les critères d'hospitalisation** sont définis comme suit :

-Grippe maligne ou grippe avec signes de gravité

-Grippe avec **pneumonie secondaire post-influenza**

-Grippe avec **complication extra-respiratoire** significative : myocardite/péricardite, méningo-encéphalite

-Grippe avec **décompensation d'une maladie sous-jacente** telle que le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, l'insuffisance rénale

-Grippe sur terrains **« fragiles »,** à haut risque de grippe grave et/ou de complications : sujets âgés, grossesse, immunodéprimés, nourrisson

1.1.9. Vaccination

Elle est **ESSENTIELLE.**

La vaccination contre la grippe est pratiquée chez l'adulte avec une **suspension virale inactivée.**

La composition du vaccin est fixée chaque année par **l'Organisation Mondiale de la Santé** (OMS) en fonction des données épidémiologiques et virologiques recueillies à travers le monde. Elle diffère tous les ans en fonction des souches dominantes (mélange de souches A et B, en général trivalent).

Il est recommandé de vacciner tous les ans à l'automne, par voie sous-cutanée profonde ou par voie intramusculaire (pour les enfants), si l'on souhaite la **réduction des complications et de la contagiosité.**

Le vaccin prévient la grippe chez 70-90% des adultes en bonne santé, âgés de moins de 65 ans, lorsqu'il est bien assorti aux souches circulantes.

Chez les personnes âgées et fragiles, le vaccin est moins efficace. Cependant, dans cette population à risque, la vaccination antigrippale réduit les complications : réduction des pneumonies post influenza (39 à 68 %), des hospitalisations (28 à 65%), et de la mortalité (56 à 76%).

Sa principale contre-indication est **l'allergie à l'ovalbumine (protéine d'œuf)** (1).

1.1.10. Recommandations HAS

Recommandations générales :

La vaccination antigrippale n'est pas obligatoire. Elle est cependant recommandée dans certains cas par la Haute Autorité de santé (HAS) :

-Population générale = **adulte de plus de 65 ans.**

-**Professionnels de santé** ou personnels en contact régulier et étroit avec personnes à risque de grippe sévère.

-Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides).

Recommandations particulières :

En plus des recommandations générales, viennent s'ajouter des recommandations particulières qui sont :

-Les **femmes enceintes,** quel que soit le trimestre de la grossesse ;

-Les personnes y compris les enfants à partir de l'âge de six mois, atteintes des pathologies suivantes :

·affections broncho-pulmonaires chroniques quelle que soit leur gravité, y compris asthme et bronchite chronique ;

. cardiopathies et insuffisances cardiaques graves, valvulopathies graves ;

· troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours ;

· maladies des coronaires ;

· antécédents d'accident vasculaire cérébral ;

· formes graves des affections neurologiques et musculaires ;

· paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;

· néphropathies chroniques graves et syndromes néphrotiques ;

· diabètes de type 1 et de type 2 ;

· déficits immunitaires primitifs ou acquis, excepté les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines ; drépanocytoses ; personnes infectées par le VIH ;

· maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose.

-Les personnes obèses.

-Les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un **établissement médico-social d'hébergement.**

-**L'entourage des nourrissons de moins de six mois** présentant des facteurs de risque de grippe grave ainsi définis : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie, et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée (1).

1.2. Grippe saisonnière et grossesse

De nombreuses études (2) (3) montrent que la grippe est plus souvent grave lorsqu'elle survient chez la femme enceinte.

Les hospitalisations sont jusqu'à **sept fois** plus fréquentes que dans une population du même âge, en particulier du fait de la survenue de **complications respiratoires et/ou cardiaques** (surtout au 3ème trimestre de la grossesse).

Ainsi, chaque année en France, 30 à 60 femmes enceintes sont hospitalisées en réanimation pour une grippe grave, la plupart sans maladie préexistante (2) (3).

Cette sensibilité augmentée au virus est une conséquence des modifications liées à l'état de grossesse. Tout d'abord, suite à la greffe semi-allogénique que constitue l'embryon, il existe une

modification de la réponse immunitaire. Le déséquilibre de l'immunité pendant la grossesse pourrait créer une susceptibilité accrue aux virus intracellulaires tels que celui de la grippe.

De plus, la grossesse s'accompagne d'un ensemble de modifications physiologiques.

Sur le plan respiratoire, les variations constatées (volumes pulmonaires réduits, augmentation de la consommation maternelle en oxygène) majorent le risque d'hypoxémie en cas de pneumopathie grippale. Sur le plan cardio-vasculaire, une augmentation du débit et de la fréquence cardiaque avec une majoration de la consommation en oxygène du myocarde est constatée. Pour s'adapter à une infection pulmonaire, les femmes enceintes disposent donc de peu de réserve cardiorespiratoire (4).

La grippe peut avoir de graves conséquences sur le bon déroulement de la grossesse (fausse couche spontanée, menace d'accouchement prématuré, césarienne en urgence…) et sur le fœtus (mort fœtale in utero, malformation congénitale neurologique si la grippe survient au cours du 1er trimestre de la grossesse) (5).

Les traitements possibles, compatibles avec la grossesse, sont le TAMIFLU (oseltamivir) et le RELENZA®(zanamivir).

L'oseltamivir est un antiviral administré par voie orale dans le traitement et la prévention de la grippe.
Il est administré sous forme d'une prodrogue (phosphate d'oseltamivir) dont le métabolite carboxylé est actif (carboxylate d'oseltamivir).

Le zanamivir est un antiviral administré par inhalation buccale dans le traitement et la prévention de la grippe.

Son absorption systémique est d'environ 10 à 20% après inhalation.

De rares bronchospasmes ou diminutions des fonctions respiratoires ont été signalés chez des patients ayant, ou non, des facteurs de risque (asthme, BPCO).

<u>État des connaissances :</u>

-Les données publiées chez les femmes enceintes exposées à l'oseltamivir et au zanamivir sont très nombreuses et rassurantes.

-L'oseltamivir et son métabolite passent le placenta (étude sur cotylédon perfusé et un seul dosage au cordon).

-Le zanamivir n'est pas tératogène ni foetotoxique chez l'animal avec une marge de sécurité élevée (plus de 1000 fois les niveaux thérapeutiques).

<u>En pratique :</u>

-Rassurer quant au risque malformatif de l'oseltamivir et du zanamivir.

-L'utilisation de l'oseltamivir est possible chez la femme enceinte, en traitement préventif et en traitement curatif de la grippe, quel que soit le terme de la grossesse (6).

-L'utilisation du zanamivir est envisageable en cours de grossesse, quel que soit le terme de la grossesse (7).

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), pour lutter contre cette infection, **la protection la plus efficace est la vaccination** (8).

1.3. Vaccination antigrippale chez la femme enceinte : recommandations en France

La réponse immunitaire induite par le vaccin antigrippal est comparable à celle d'une femme non enceinte (9). De plus, l'innocuité du vaccin a été prouvée, ce sont des vaccins inactivés ne comportant pas d'adjuvants (10).

FLUARIXTETRA® - INFLUVAC® - INFLUVACTETRA® - VAXIGRIPTETRA®

Les vaccins injectables contre la grippe saisonnière sont constitués d'antigènes de surface ou de fragments de virions.

Ils contiennent trois ou quatre souches vaccinales, deux de la grippe A et une (ou deux) de la grippe B.

Ils sont dépourvus de pouvoir infectant. Il n'y a donc pas lieu de craindre une infection embryo-fœtale par le virus de la grippe saisonnière lors d'une vaccination en cours de grossesse.

Aucun des vaccins contre la grippe saisonnière ne contient d'adjuvant.

Les **femmes enceintes** font partie des personnes **à risque de grippe grave** pour lesquelles la vaccination est recommandée (cf. Avis HCSP) (11).

Rappelons qu'en cas d'épidémie de grippe l'utilisation de solutions hydroalcooliques pour la désinfection des mains est recommandée, y compris chez la femme enceinte.

État des connaissances :

-Les données concernant la vaccination injectable contre la grippe saisonnière en cours de grossesse sont très nombreuses et rassurantes, quel que soit le terme de la grossesse.

-Après une vaccination maternelle dans la 2ème partie de la grossesse, le passage transplacentaire des anticorps spécifiques de la grippe procure des taux d'anticorps protecteurs chez les enfants pendant au moins leurs deux premiers mois de vie.

En pratique :

-En prévision d'une grossesse : Il n'y a aucun délai à respecter entre une vaccination injectable contre la grippe saisonnière et le début d'une grossesse.

-Vacciner une femme enceinte : Il est possible de vacciner une femme enceinte, quel que soit le terme de la grossesse par un vaccin injectable.

-Découverte d'une grossesse après vaccination : Rassurer la patiente quant aux risques embryo-fœtaux du vaccin injectable contre la grippe saisonnière (10).

La vaccination permet de protéger dans un premier temps la future mère contre le risque de développer une forme grave de grippe. Il existerait une diminution de l'incidence de la grippe de 50% (11) et des syndromes respiratoires fébriles de 36% (12).

C'est pourquoi, depuis les **recommandations de l'HCSP de 2012 en France**, une femme enceinte peut bénéficier de la vaccination antigrippale à titre **gratuit,** à n'importe quel trimestre de sa grossesse (13).

Dans un second temps, il a été constaté qu'une vaccination maternelle conférait également au nouveau-né une protection, grâce au passage transplacentaire des anticorps. L'incidence de la grippe, dans cette population, serait diminuée de 63% pendant les 6 premiers mois de vie, période à risque pendant laquelle le nourrisson peut développer une forme grave d'infection grippale (nécessitant une hospitalisation en réanimation), avec un risque de décès (14).

La vaccination anti grippale est recommandée chez toutes les femmes enceintes, quel que soit leur terme, en France, depuis les recommandations en 2012 du Haut Conseil de la Santé Publique. Du fait d'un faible taux de vaccination, ces recommandations ont été rappelées en 2016 (3).

La loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque (15) (16).

Bien que les femmes enceintes bénéficient de la **prise en charge à 100% du vaccin antigrippal, par l'Assurance Maladie** ; elles ne reçoivent pas le bon de prise en charge à leur domicile. Comme cela est précisé sur le site internet de la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Alpes-Maritimes, ameli.fr (17): *Certaines personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée (femmes enceintes, entourage familial du nourrisson de moins de 6 mois à risque de grippe grave, personne obèses ayant un IMC supérieur ou égal à 40) ne reçoivent pas de bon de prise en charge de l'Assurance Maladie.*

Si vous êtes dans ce cas, sachez que votre médecin, votre sage-femme et votre pharmacien disposent de bons de prise en charge.

Vous pouvez alors retirer gratuitement le vaccin chez votre pharmacien.

Afin de pallier cet obstacle, l'Assurance Maladie, a mis en place, lors de sa campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2018-2019, un nouveau concept, afin de faciliter l'accès à la vaccination intitulé : **« Un parcours de vaccination simplifié pour tous les adultes éligibles à la vaccination »**. « Dans le cadre de l'élargissement de l'offre vaccinale et de la simplification du parcours, l'HAS s'est prononcée, dans un avis du 25 juillet 2018, en faveur de l'harmonisation des compétences des différents professionnels de santé impliqués dans la vaccination contre la grippe (pharmaciens, infirmiers, sages-femmes).

Dès cette campagne, toutes les personnes majeures éligibles à la vaccination, qu'elles aient ou non déjà été vaccinées précédemment, peuvent retirer leur vaccin à la pharmacie sur présentation de leur bon de prise en charge et se faire vacciner par le professionnel de leur choix : infirmier, médecin, sage-femme (pour les femmes enceintes et l'entourage des nourrissons) et, dans 4 régions expérimentatrices (Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Hauts-de-France), par un pharmacien. »

Il permet ainsi aux femmes enceintes de pouvoir se procurer le vaccin antigrippal en pharmacie, **sans avoir besoin au préalable d'une prescription médicale** (18).

Par ailleurs, nous pouvons remarquer que l'Assurance Maladie renforce sa campagne de communication avec la signature **« Ne laissons pas la grippe nous gâcher l'hiver ».** Elle positionne la vaccination comme le premier geste de protection contre la grippe et souligne l'importance des mesures barrières, compléments indispensables à la vaccination.

1.4. Freins à la vaccination

1.4.1. De la société française actuelle : la défiance vaccinale

En France, **l'importance de l'hésitation vaccinale** a conduit à des taux de couvertures vaccinales insuffisants pour certaines valences (rougeole, méningocoque C), d'où une incidence de ces maladies trop élevée par rapport à d'autres pays, ainsi qu'à une **érosion des couvertures vaccinales** pour les autres vaccins (19).

L'hésitation vaccinale est définie par le groupe de travail SAGE (Groupe stratégique consultatif d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé) comme le « retard à l'acceptation ou le refus des vaccinations malgré l'existence d'un dispositif d'offre vaccinale ». C'est un phénomène complexe, spécifique à chaque contexte culturel, local ou national, qui varie dans le temps et dans l'espace, mais aussi selon les vaccins (20).

Prendre la décision de se faire vacciner résulte de la **balance entre la perception du risque des maladies et celle du risque de la vaccination** (21). La perception du risque est cognitive (probabilité de survenue de la maladie, de sa sévérité et des risques de complications) mais également affective et émotionnelle, et cette appréciation subjective semble avoir un impact plus important sur la prise de décision que la connaissance réelle et scientifique du risque.

La France est devenue l'un des pays du monde où l'on rencontre **la plus grande défiance vaccinale** (22).

L'étude de Nugier « et al. » (23) démontre que, lors d'une recherche « neutre » ou « orientée » sur la vaccination, entre 11 et 24% des sites suggérés par Google France sont des sites anti-vaccinaux, qui, faisant appel au registre émotionnel, utilisent pour convaincre divers arguments : instrumentalisation

de la science au profit de l'industrie, conspiration vaccinale généralisée, acte contre-nature, balance bénéfice/risque négative, non-respect de la liberté de choix.

Outre ces polémiques, les rumeurs qui ont eu cours autour de certains vaccins et de leurs éventuels effets secondaires (avérés non fondés) n'ont fait que renforcer la défiance vaccinale et instaurer une perte de confiance dans les acteurs de la vaccination et les autorités de santé, restés bien trop discrets dans ces débats.

Notre pays a été classé par l'OMS comme le pays où circulaient le plus de messages négatifs sur la vaccination (24). Par exemple, la pétition contre la vaccination HPV lancée en 2014 par le Pr Joyeux s'est répandue dans tous les médias français. Celle en faveur de cette même vaccination, soutenue par 18 sociétés médicales et l'Académie nationale de médecine, est passée quasiment inaperçue (25).

À la demande de la ministre de la Santé, Mme Marie-Sol Touraine, **une concertation citoyenne**, présidée par le Pr Alain Fischer (professeur d'immunologie pédiatrique), a été mise en place en 2015 autour de cette problématique (26). Elle s'est prononcée en faveur d'une obligation vaccinale pour certains vaccins.

Le Conseil d'État, dans un avis du 8 février 2017, a demandé à l'Etat de sortir de l'imbroglio qui existait alors, à savoir trois valences obligatoires (diphtérie, tétanos, polio) sans qu'il soit réellement possible de ne vacciner qu'avec ces trois valences (27). Le Conseil d'État a donc demandé la mise à disposition de vaccins correspondant aux obligations en vigueur. Cela impliquait, soit la mise à disposition d'un vaccin DTP dans les six mois (ce qui n'était pas faisable techniquement), soit la levée des obligations vaccinales (ce qui compromettait les couvertures vaccinales et donc la santé publique), soit l'extension des obligations à l'ensemble des vaccins recommandés chez le jeune enfant.

C'est cette dernière décision qu'a prise la nouvelle ministre de la Santé, Mme Agnès Buzin : mise en place d'une **obligation vaccinale pour onze vaccins pour les nourrissons dès janvier 2018** (28).L'obligation vaccinale ne va cependant pas supprimer les hésitations vaccinales, et les parents vont continuer à s'interroger et à interpeller les vaccinateurs.

Dans ce contexte, en juillet 2017 Infovac France a réalisé une enquête auprès de médecins vaccinateurs français afin de dresser un état des lieux de leur perception de l'hésitation vaccinale. Le but principal de cette étude était d'évaluer, la fréquence des questions et des arguments d'hésitation vaccinale auxquels ils sont confrontés (29).

Elle a montré concernant le **vaccin contre la grippe**, qu'il a un **intérêt élevé** pour 81,1 % des **médecins** et un **profil de sécurité élevé** pour 88,3 %.

Pourtant, **le vaccin le plus contesté** était celui contre la grippe : puisque 41,5 % des médecins avaient plus de 30% de refus.

Les arguments d'hésitation vaccinale le plus souvent avancés par les parents sont majoritairement liés à de supposés **dangers de la vaccination** : les adjuvants/conservateurs sont dangereux (85,9 %), certains vaccins sont dangereux et peuvent entraîner des maladies graves (83%), et à des rumeurs ou faits individuels *: « J'ai entendu dire que..., je connais quelqu'un qui... »* (77,5%). Les arguments concernant **l'efficacité de la vaccination** sont moins fréquemment avancés que les précédents.

Ces quatre arguments sont retrouvés *« souvent ou toujours »* par plus de 40 % des médecins.

Le manque de confiance dans les acteurs de la vaccination se révèle également prépondérant, une importante proportion de médecins entendant *« souvent ou toujours »* : *« Je ne fais pas confiance aux fabricants de vaccins »* (66,3%), *« Je ne fais pas confiance aux pouvoirs publics »* (53 %), *« Je ne fais pas confiance aux experts scientifiques »* (44,1%).

Il a été souligné par plusieurs médecins que les véritables raisons d'hésitation ou de refus des vaccins semblent rarement avouées en consultation, ce qui rend la discussion et l'argumentation difficiles.

Enfin, certains médecins remarquent que beaucoup de parents **méconnaissent les maladies** visées par les vaccins (29).

1.4.2. De la part des médecins

Dans les médias, nous pouvons lire des articles dans lesquels certains médecins interviewés donnent leurs opinions concernant la vaccination, leurs réticences et leurs doutes, surtout en matière d'obligation vaccinale.

Parmi eux, le célèbre et très controversé Pr Joyeux Henri avec pour soutien l'Institut pour la protection de la santé naturelle (ce cancérologue à la retraite, qui a lancé une pétition contre les mesures vaccinatrices envisagées par l'État, a présidé l'association ultraconservatrice Familles de France et a été mis en cause par l'Ordre des médecins) ; dénoncent un *« dogme de la vaccination »*, *« l'absence de débat »*, une *« opacité sur les risques »* et réclament *« la liberté vaccinale »* (30).

Si les généralistes se disent très largement favorables à la vaccination en général, près d'un tiers dit se méfier des sources officielles, et plus de la moitié ne se sent pas à l'aise pour expliquer le rôle des adjuvants aux patients, révèle une étude de la Drees de mars 2015 (31). *« Près d'un quart des généralistes émet des doutes à l'égard des risques et de l'utilité de certains vaccins »*, assure même cette étude. *« Bien sûr que les professionnels de santé sont à convaincre. Il est clair qu'il n'y aurait pas de ligue antivaccins sans médecins antivaccins. Ils sont un élément moteur dans ce mouvement »*, commente le Pr Daniel Floret.

Sans être aussi radicale, une partie des médecins exprime un certain malaise vis-à-vis de la vaccination. En cause, notamment, un manque de formation au cours de leurs études et un manque de temps ensuite pour se pencher sur le sujet (32).

Voici un extrait de l'interview du Dr Eric Ménat, médecin généraliste paru dans Santé magazine : (33).

Le calendrier vaccinal aurait-il tendance à s'alléger au fur et à mesure des années ?

Dr Eric Ménat : *« Le calendrier vaccinal devient de plus en plus complet ou complexe. Mon souci, c'est qu'aucune étude n'a montré l'innocuité de faire autant de vaccins successifs chez un bébé. Avant 18 mois, un enfant reçoit minimum 33 vaccins, dont la majorité dans la première année de vie. Et l'on ne parle même pas de l'ensemble des excipients (substances autres que le principe actif) qu'on lui injecte à cette occasion.*

Cet interview met en valeur les lacunes suivantes : le manque d'information, le manque d'étude sur le long terme et donc de recul envers les effets secondaires que peuvent entraîner les excipients des vaccins, ainsi que le manque d'alternative proposée comme traitement.

Dans un autre article de presse, paru dans Egora.fr, (34) certains médecins se positionnent clairement contre l'obligation vaccinale ; comme par exemple, Dr Christian Lehmann *Elle explique que de l'obligation naîtra la confiance. C'est un véritable néologisme orwellien ! Nous savons que l'obligation créera la défiance ».* « *La confiance, ça se mérite ».*

Dans une tribune publiée dans *Le Monde,* début juillet 2017, le Pr Vincent Renard, président, et le Dr Olivier Saint-Lary, vice-président du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) soulignaient : *« Il s'agit d'une mauvaise stratégie qui ne règlera pas le problème de l'insuffisance de couverture vaccinale. L'obligation risque même d'être contre-productive et de renforcer la défiance d'une partie de la population ».*

Dans l'actualité plus récente, un médecin a été sanctionné pour avoir délivré un certificat de contre-indication à la vaccination. Pour ne pas avoir à vacciner leur fils, des parents ont demandé un certificat de complaisance à un médecin exerçant à Angers (35).

La chambre disciplinaire du conseil de l'ordre des médecins a estimé que le médecin généraliste avait *« fait courir un risque injustifié à l'enfant et à son entourage »* et qu'il *avait « manqué à son obligation déontologique de vigilance sanitaire ». « Aujourd'hui, un médecin ne peut s'opposer à la vaccination sans motif prouvé scientifiquement »*, a rappelé le Dr Charles Rouessé, membre du conseil de l'ordre du Maine-et-Loire, interrogé par le quotidien le Figaro. Quant aux parents qui refusent de faire vacciner leur enfant, ils peuvent faire l'objet de poursuites pénales (36).

En plus des médias, il existe des livres écrits par des médecins qui remettent en cause les indications vaccinales, par exemple ceux du groupe médical de réflexion sur les vaccins. Dans leur livre « Qui aime bien, vaccine peu ! Faire un choix adapté. », Préface de Dr Michel Georget, paru en 2018 ; le chapitre Vaccins et grossesse, montre clairement qu'ils mettent en doute les bénéfices de la

vaccination antigrippale pendant la grossesse, d'après eux « *aucune protection du vaccin antigrippal n'a pu être montrée contre les risques de complications obstétricales, comme des naissances prématurées… les enfants nés de mères vaccinées ont le même risque d'hospitalisation pour grippe ou pneumonie que les enfants de mères non vaccinées. »* (37).

D'autres livres écrits par Dr Michel De Lorgeril, dans la collection « Vaccins et société » remettent aussi en question les recommandations vaccinales en France. D'après lui : *« il est très imprudent de vacciner une femme enceinte sauf cas très particuliers. Il y a un risque d'autisme avéré chez les enfants dont les mères ont été vaccinées » (contre la grippe)* (38).Le discours dissonant de certains médecins contribue à l'hésitation vaccinale.

2. Epidémiologie de la grippe

2.1. En France

En France, la grippe touche chaque année entre 2 et 8 millions de personnes selon le Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe (39).

En France métropolitaine, l'épidémie de grippe 2017-2018 a été précoce et exceptionnellement longue(40). Elle s'est caractérisée par un impact modéré en médecine ambulatoire mais important en termes d'hospitalisations et de gravité.

Les virus A(H1N1) pdm09 et B/Yamagata ont co-circulé pendant la saison avec une proportion plus importante de A(H1N1) en début de saison et une proportion majoritaire de B en fin de saison, entraînant un profil d'épidémie atypique avec deux vagues distinctes.

Au cours des 16 semaines d'épidémie, l'excès de mortalité attribuable à la grippe a été estimé à environ 13 000 décès tous âges confondus (41).

Cette importante sévérité s'explique également par un contexte de couverture vaccinale insuffisante et d'efficacité vaccinale sous-optimale.

Son impact important sur les hospitalisations et la mortalité rappelle la gravité de la maladie et l'intérêt de la prévention, à savoir la vaccination chez les personnes à risque, complétée de mesures barrières afin de limiter la diffusion du virus dans l'entourage des cas, ainsi que l'utilité d'un traitement antiviral précoce, particulièrement chez les sujets à risque (40).

2.2. En région PACA

La région PACA a été la région de France la plus touchée par la grippe durant l'hiver 2016/2017 (42).

Tableau 2 : Principaux indicateurs de la surveillance grippe, Paca, périodes épidémiques des saisons 2016-2017 et 2017-2018 (43)

Indicateurs	Saison 2016-2017	Saison 2017-2018
Durée d'épidémie	9	13
Début d'épidémie en semaine	50	50
Fin d'épidémie en semaine	06	10
Passages aux urgences pour grippe		
- % du total de passages	2,6%	2,5%
- % d'hospitalisations	21%	18%
- Age médian	25	17
- % de passages des moins de 15 ans	42%	48%
- % d'hospitalisations des moins de 15 ans	13%	24%
- % de passages des 65 ans et +	25%	16%
- % d'hospitalisations des 65 ans et +	73%	56%
Consultations SOS Médecins pour grippe		
- % du total de consultations	21%	16%
- Age médian	24	23
- % de consultations des moins de 15 ans	27%	29%
- % de consultations des 65 ans et +	13%	11%
Réseau Sentinelles - Part des virus A / B	100% / 0%	45% / 55%
Réseau Rénal - Part des virus A / B	100% / 0%	57% / 43%

Au cours de la saison 2017-2018, 237 patients ont été hospitalisés en réanimation pour grippe en région Paca. C'est le nombre le plus élevé de cas graves signalés depuis la mise en place de la surveillance en 2009 (43).

L'âge médian des patients était de 67 ans (étendue : 1 mois à 92ans).

Figure 2 : Répartition des cas graves de grippe par classes d'âges, Paca, saison 2017-2018 (43)

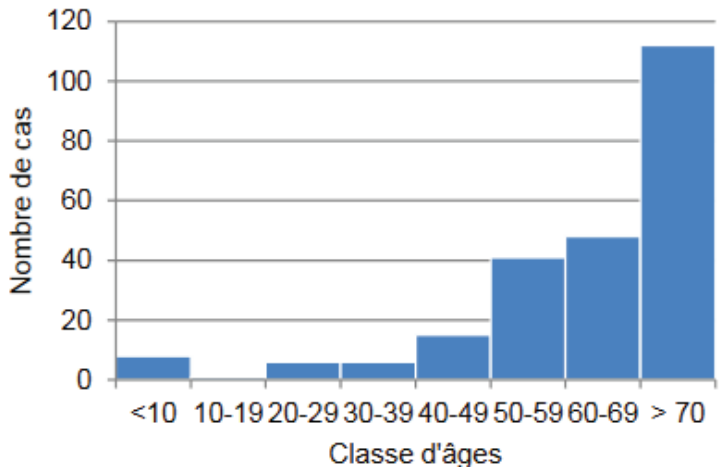


Tableau 3 : Facteurs de risque des patients hospitalisés en réanimation pour grippe, Paca, saison 2017-2018 (43)

Facteurs de risque (plusieurs facteurs possibles)	Nombre de patients	%
Aucun facteur de risque	31	13,1%
Grossesse	4	1,7%
Obésité (IMC≥40)	8	3,4%
Personnes de ≥65 ans	130	54,9%
Soins de suite et hébergement	11	4,6%
Diabète	53	22,4%
Pathologie pulmonaire	91	38,4%
Pathologie cardiaque	59	24,9%
Pathologie neuromusculaire	12	5,1%
Pathologie rénale	14	5,9%
Immunodéficience	33	13,9%
Autres	8	3,4%
Professionnel de santé	1	0,4%
Non renseigné	1	0,4%

Parmi les patients hospitalisés en réanimation pour grippe :

Seuls trente-et-un cas (13 %) ne présentaient aucun facteur de risque pour la grippe. Après l'âge supérieur à 65 ans, les facteurs de risque les plus fréquents étaient les pathologies pulmonaires, puis les pathologies cardiaques et le diabète. Trente-huit patients (16 %) avaient été vaccinés depuis septembre 2017.

La couverture vaccinale s'élevait à **23,5 %** parmi les patients pour lesquels l'information était disponible (donnée manquante pour 75 patients). Elle atteignait 38,4 % chez les personnes éligibles à la vaccination antigrippale.

Cent-quatre-vingt patients (76%) ont présenté un SDRA -mineur pour 29 cas (16 % des SDRA), modéré pour 55 cas (31%) et sévère pour 96 cas (53%).

À la fin de la surveillance, 179 cas (76 %) sont sortis de réanimation (guéris ou transférés) et 58 cas sont décédés (létalité à 24 %).

Comme cela était déjà noté les saisons précédentes, lors de la saison 2017-2018, la létalité a été plus élevée en Paca (24%) qu'au niveau national (19%) (43).

2.3. Dans le département des Alpes-Maritimes

Nous pouvons remarquer que le département des Alpes-Maritimes a été l'un des plus touché en cas de grippe grave durant la saison 2017-2018.

Tableau 4 : Répartition des cas graves de grippe selon le département de résidence, Paca, saison 2017-2018 (43)

Département de résidence	Nombre de cas	%
Alpes-de-Haute-Provence	3	1,3%
Hautes-Alpes	1	0,4%
Alpes-Maritimes	51	21,5%
Bouches-du-Rhône	83	35,0%
Var	53	22,4%
Vaucluse	33	13,9%
Total Paca	237	
Résidents hors région Paca : 13 (5,5 %)		

3. Couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes

3.1. En France et en région PACA

À ce jour, le nombre de femmes vaccinées pendant leur grossesse reste insuffisant (7,4% en 2016 en France selon l'Enquête Nationale Périnatale de l'INSERM (parue en octobre 2017) réalisée auprès de 13894 femmes enceintes, et seulement 3,9% en région PACA) (44).

3.2. Principaux prescripteurs de la vaccination

D'après cette même étude, le vaccin antigrippal est principalement prescrit par les gynécologues (35,7%), les médecins généralistes (31,9%), et les sages-femmes (12,7%) en 2016.

DEUXIEME PARTIE DE l'ETUDE

1.MATERIELS ET METHODES

1.1. Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative ; établie à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, ayant pour population cible, des médecins généralistes libéraux exerçant sur Nice. La zone a été élargie au département des Alpes-Maritimes. La zone géographique s'étendant de Biot jusqu'à Menton.

-Pourquoi choisir une étude qualitative ?

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. De façon générale, la recherche qualitative essaie de répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment ».

Cette méthode peut permettre d'explorer le comportement, les émotions, les sentiments, l'expérience vécue, par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux et émergents. Elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte actuel (45).

-Pourquoi par entretien individuel semi-dirigé ?

La technique de l'entretien, quant à elle, permet un véritable discours dans un contexte défini et permet de faire émerger des problématiques inattendues, auxquelles l'enquêteur n'aurait pas forcément pensé en élaborant un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

L'utilisation d'un « guide d'entretien » à questions ouvertes permet d'éviter d'induire des réponses, et de recueillir une plus grande diversité de réponses par rapport à une étude quantitative.

Il est alors pertinent de l'utiliser lorsque l'on s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident le comportement des individus (45)(46). Ici, nous recherchons les facteurs qui peuvent influencer la pratique des médecins généralistes en termes de vaccination antigrippale des femmes enceintes.

Nous avons écarté la technique du focus-group (entretien avec un groupe de six à huit participants) pour deux raisons : celle de la difficulté à réunir à une même date plusieurs médecins généralistes qui ont pour la plupart des emplois du temps très chargés ; et également pour limiter l'autocensure due à la peur d'être jugé par ses pairs.

L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « guide d'entretien ».

Il reprend la liste des thèmes à aborder. Pour chaque thème, des sous-questions dites « de relance » permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce plan reste souple, et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'interview, selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de la séance (45).

L'entretien individuel semi-dirigé doit répondre à certaines conditions de validité (45) (47) :

- une attitude bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur a un impact direct sur la qualité des réponses,
- le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de la rencontre, donc le canevas doit rester souple et flexible. Il peut être modifié à l'issue des premiers entretiens,
- les enquêtés doivent nécessairement avoir une opinion sur le sujet,

- une attention particulière doit être portée au contexte de la rencontre : confort, environnement sonore, horaire, etc… Le lieu doit être neutre et agréable.
- les questions sont directives mais ouvertes ; il est nécessaire de laisser parler l'enquêté, de l'encourager à développer et à citer des exemples, de respecter les éventuels « blancs ».

Une seule information donnée pendant l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans une enquête quantitative utilisant un questionnaire.

1.2. Stratégie d'échantillonnage et modalité de recrutement

Pour définir la population de l'étude, les critères d'éligibilité étaient les suivants :

Critères d'inclusion retenus pour l'étude :

-Médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins des Alpes-Maritimes.

-Qui assurent le suivi de grossesses ou qui prennent en charge des femmes enceintes lors d'infections intercurrentes.

-Acceptant un enregistrement audio avec analyse des propos recueillis.

Modalités de recrutement :

Au départ, nous avons effectué un recrutement par échantillonnage raisonné, c'est à dire : les médecins généralistes de la liste des maîtres de stage de la faculté de Nice (disponible sur le site internet du Collège de Médecine Générale de Nice CAGE) exerçant une activité de gynécologie obstétrique, ont été les premiers à être contactés par email.

Ceux qui n'avaient pas répondu au bout d'une semaine ont été recontactés par téléphone directement à leur cabinet médical.

Puis, un recrutement par boule de neige s'en est suivi afin d'inclure d'autres médecins généralistes dans l'étude (les praticiens interrogés nous ont donné des noms de médecins parmi leurs connaissances ayant les critères pour participer à cette étude).

Le thème de l'étude était alors abordé sans en dévoiler précisément le sujet, afin d'obtenir des données authentiques sans réflexion préalable.

Enfin, il était précisé aux participants que l'entretien durait entre 15 et 20 minutes, se déroulait à leur cabinet et faisait l'objet d'un enregistrement audio anonymisé.

Le nombre d'entretiens nécessaires ne pouvait être prédit. Par conséquent, afin de s'assurer d'un recueil le plus exhaustif possible, le principe de saturation des données a été appliqué (réalisation de deux entretiens n'apportant plus de notions nouvelles).

1.3. Recueil des données et retranscription

L'enregistrement était réalisé anonymement par l'intermédiaire d'un dictaphone numérique marque Olympus et par la fonction dictaphone de l'IPhone 6S après consentement des interviewés.
Les enregistrements audios ont ensuite été intégralement retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®, afin d'obtenir les verbatims.

1.4. Guide d'entretien

Les entretiens ont été menés en s'appuyant sur le guide d'entretien réalisé au préalable (Annexe 1). L'intervieweur laissait la parole et relançait la discussion afin d'aborder de nouveaux thèmes. Les entretiens ont été menés jusqu'à ce que l'intervieweur estime que tous les thèmes attendus avaient été abordés et/ou qu'il y avait redondance des propos.
Un guide d'entretien a d'abord été élaboré à partir de la revue de la littérature, puis optimisé au fur et à mesure des entretiens.
Le nombre de questions et la formulation de celles-ci ont été déterminés grâce à l'aide de la « cellule quali » organisée par le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG), dirigée par Dr TETART Johan à la faculté de médecine de Nice.
Le guide d'entretien a été présenté, rectifié et validé en « cellule quali ».
Il était précédé d'un petit questionnaire quantitatif afin de caractériser l'échantillon de la thèse.

1.5. Analyse des données

L'anonymat était préservé puisque chaque participant était identifié grâce à la lettre M suivie d'un chiffre respectant l'ordre chronologique des entretiens.
Une analyse qualitative se déroulait après chaque nouveau verbatim à l'aide d'un double encodage utilisant le principe de la triangulation des données. Successivement, un codage ouvert suivi d'un codage axial puis sélectif ont permis d'effectuer une analyse thématique des données à l'aide du logiciel informatique QSR NVIVO 10.

2. RÉSULTATS

2.1. Résultats quantitatifs

2.1.1. Recrutement de l'échantillon

La population retenue pour notre étude est assez hétérogène.
Elle est composée de médecins généralistes âgés de 30 à 65 ans. L'âge moyen étant de 47.8 ans.
Elle est majoritairement féminine : 14 femmes pour 4 hommes.
L'activité urbaine est fortement représentée ainsi que l'activité libérale.
Nous remarquons que sur ces 18 médecins généralistes, 15 ont fait des formations complémentaires.
Parmi eux, 6 ont le DIU de formation complémentaire en gynécologie.

Tableau 5 : Caractéristiques de l'échantillon étudié

	Sexe	Âge	Lieu/activité	Formations complémentaires/DIU	Durée entretien
M1	F	44 ans	Urbaine	Non	11minutes22
M2	F	65 ans	Urbaine	Non	17minutes34
M3	F	39 ans	Semi-rural	DIU formation complémentaire en gynécologie et éducation thérapeutique	14minutes38
M4	F	43 ans	Urbaine/ Salariée	DIU formation complémentaire en gynécologie. Capacité de médecine tropicale et DIU médecine générale de l'enfant	12minutes17
M5	F	32 ans	Urbaine	DIU formation complémentaire en gynécologie	11minutes46
M6	M	59 ans	Urbaine	DIU médecine tropicale et médecine de plongée	17minutes06
M7	F	30 ans	Urbaine	DIU soins palliatifs et prise en charge de la douleur	18minutes08
M8	H	59 ans	Urbaine	Capacité algologie, réanimation, ostéopathie, formation à l'enseignement de la médecine	14minutes13
M9	H	61 ans	Urbaine	Acupuncture, formation à l'enseignement de la médecine générale	18minutes07
M10	F	36 ans	Urbaine	Non	18minutes23
M11	F	50 ans	Urbaine	DIU formation complémentaire en gynécologie, DIU médecine d'urgence, Capacité d'anatomopathologie.	10minutes56
M12	F	60 ans	Urbaine	Formation pour l'enseignement de médecine générale	21minutes24
M13	H	60 ans	Urbaine	Traumatologie du sport et gériatrie	28minutes41
M14	F	34 ans	Semi-rural	DIU formation complémentaire en gynécologie et en médecine esthétique	14minutes43
M15	H	64 ans	Urbaine	DU cancérologie ambulatoire	19minutes32
M16	F	35ans	Urbaine	Formation pour l'enseignement de médecine générale DIU médecin coordinateur en EHPAD	13minutes54
M17	F	59 ans	Semi-rural	DIU de formation complémentaire en gynécologie, de nutrition, des troubles du comportement alimentaire et TCC	13minutes12
M18	F	32 ans	Urbaine	DIU de e-cancérologie et de nutrition	17minutes37

2.1.2. Caractéristiques de la population étudiée

Sur les dix-huit médecins retenus pour cette étude, sept font du suivi de grossesse, quatre le faisaient dans le passé, sept n'en font pas du tout mais sont amenés à soigner des femmes enceintes.
Les médecins sélectionnés prenaient en charge entre deux et trente femmes enceintes par an.
Avec une moyenne de dix femmes par an par médecin.
Parmi les dix-huit médecins généralistes interrogés pour notre thèse :

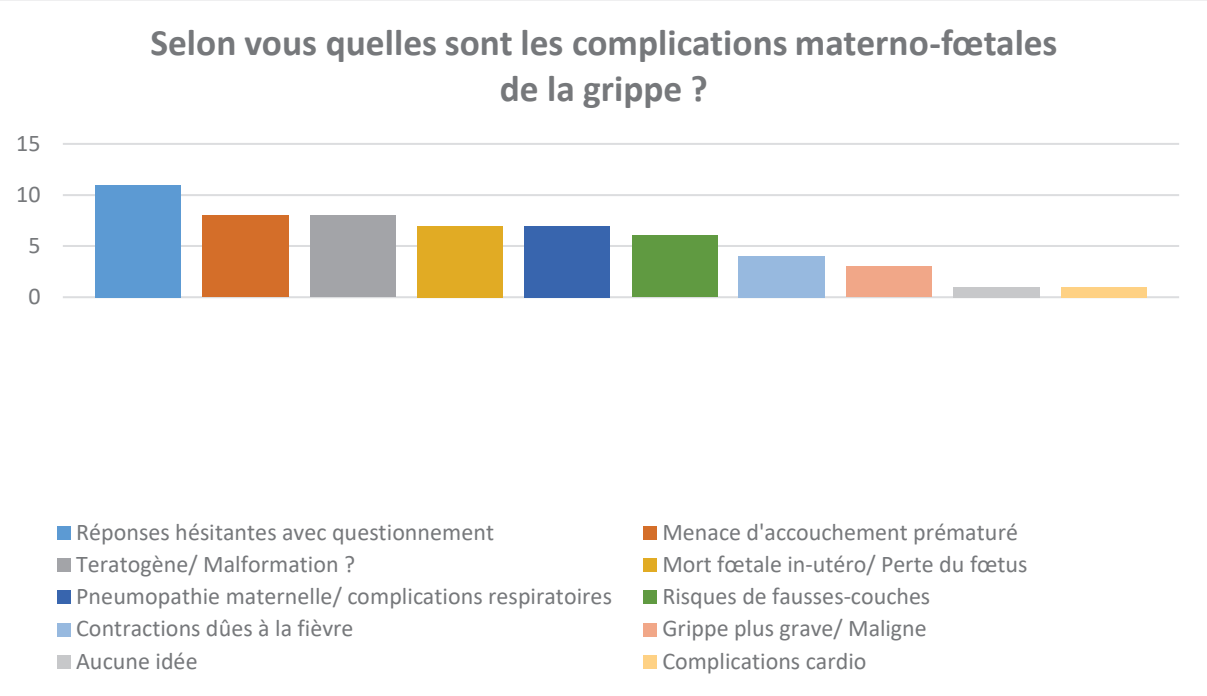
- seize avaient déjà proposé le vaccin antigrippal chez une femme enceinte au cours de leur carrière
- six avaient déjà eu des patientes enceintes atteintes de la grippe saisonnière mais sans complication.

Tableau 6 : Prise en charge de la grippe chez les femmes enceintes, par les médecins interrogés

	Vaccination antigrippale femmes enceintes	Suivi obstétrical	Nombre femmes enceintes par an	Patientes enceintes atteintes de grippe
M1	Oui	Oui	2-3	Non
M2	Oui	Oui dans le passé	2	Non
M3	Oui	Oui	10-15	Non
M4	Oui	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas
M5	Oui	Non	10	Oui sans complications
M6	Oui	Non	2-3	Oui sans complications
M7	Oui	Oui	3-4	Oui sans complications
M8	Oui	Oui dans le passé	5	Non
M9	Oui	Oui dans le passé	10	Non
M10	Non	Oui	20-30	Non
M11	Oui	Oui	10-15	Oui sans complications
M12	Oui	Non	10	Non
M13	Oui	Non	4-5	Non
M14	Oui	Non	30-40	Non
M15	Oui	Oui dans le passé	20-25	Oui sans complications
M16	Oui	Oui jusqu'à 3mois	10	Non
M17	Non	Non	10-15	Non
M18	Oui	Non	15	Oui sans complications

Une question subsidiaire pour évaluer l'état des connaissances des médecins interrogés concernant les complications materno-fœtales de la grippe a permis de mettre en évidence une grande hésitation (pour la majorité d'entre eux) parmi les réponses données.

Figure 3 : Les principales complications materno-fœtales de la grippe selon les médecins interrogés



2.1.3. Déroulement des entretiens

Au total, 20 entretiens de médecins généralistes d'âges et de sexes différents ont été réalisés, à leur cabinet médical, entre décembre 2018 et janvier 2019.

Sur ces 20 entretiens, 18 ont été retenus, d'une durée allant de 11 jusqu'à 28 minutes. Les deux autres n'apportant pas d'informations supplémentaires.

La durée moyenne étant de 15 minutes.

2.2 Résultats qualitatifs

2.2.1. Vaccination antigrippale des femmes enceintes

2.2.1.1. Qui doit s'occuper de la vaccination antigrippale de la femme enceinte ?

La majorité des médecins généralistes interrogés sont d'accord pour dire qu'aussi bien les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens que les sages-femmes ont un rôle majeur à jouer dans la vaccination antigrippale des femmes enceintes, avec l'idée que la personne qui suit la grossesse a un rôle encore plus légitime que celle qu'elle consulte en premier pour réaliser le diagnostic de grossesse.

« Celui qu'elle voit le plus souvent donc si elle est suivie par son médecin généraliste, le médecin généraliste si elle est suivie par une sage-femme ou gynéco, sage-femme ou gynéco. » (M07).

« La personne qui suit la grossesse » (M05).

« La personne qui déclare la grossesse » (M13).

« Celui qui la voit en premier » (M16).

Une minorité pense que tous les intervenants, c'est-à-dire professionnels de santé qu'elle peut rencontrer au cours de sa grossesse, ont également un rôle à jouer, que ce soit le pharmacien ou l'infirmière du quartier…et bien entendu la patiente elle-même a sa part de responsabilité .

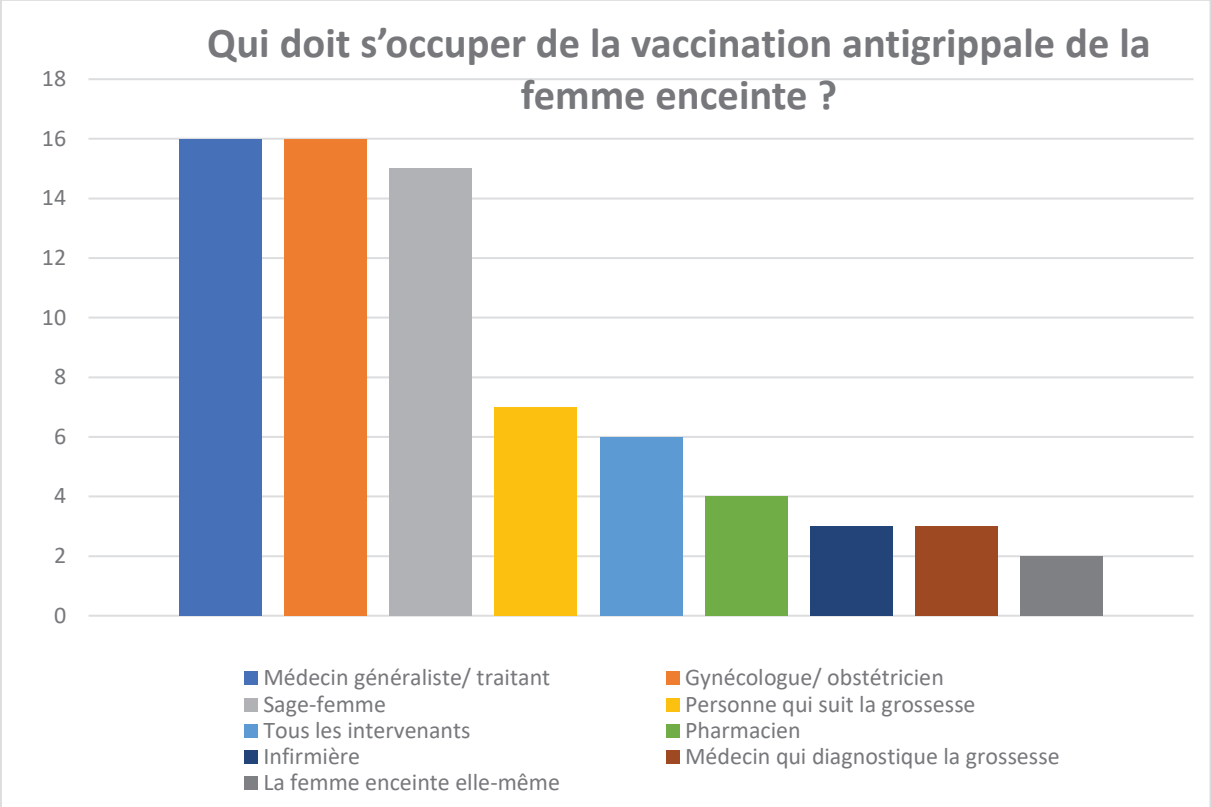
« Tout professionnel de santé qu'elle croise… Ça appartient au rôle du pharmacien de prévenir une femme enceinte qui vient acheter quelque chose chez lui. » (M07).

« À mon avis n'importe qui du moment qu'on a une formation correcte du pharmacien une infirmière, un médecin » (M08).

« La femme enceinte elle-même qui va s'acheter son vaccin et qui se le fait faire par l'infirmier du quartier » (M09).

« Les pharmaciens, devraient délivrer de manière systématique quand la femme enceinte va prendre son acide folique lui délivrer l'information, donner un conseil : c'est recommandé de se faire vacciner » (M18).

Figure 4 : Les principaux acteurs de la vaccination antigrippale de la femme enceinte, selon les médecins interrogés



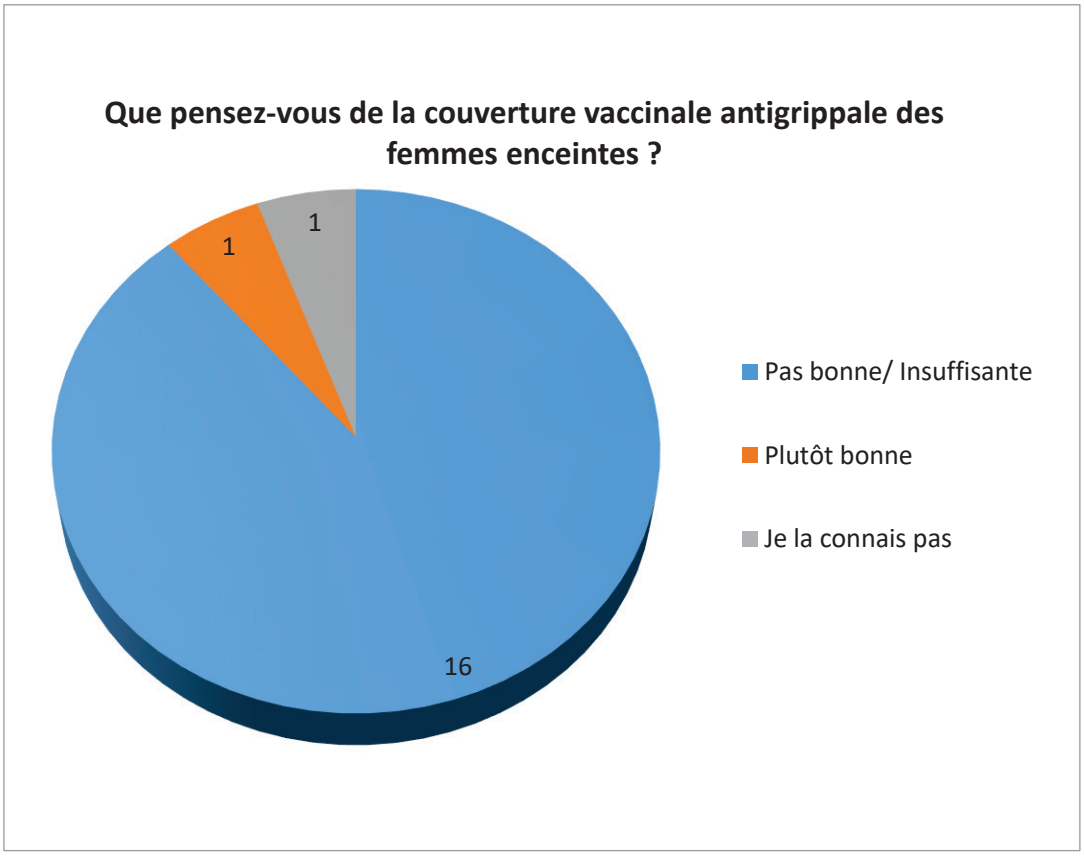
2.2.1.2. Comment décrire la couverture vaccinale anti grippale des femmes enceintes en France ?

Sur 18 médecins interrogés, un seul pense que la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes est *« plutôt bonne » (M07)* et un seul n'a *« pas d'idée sur le sujet » (M10).*

Tous les autres l'ont décrite de *« pas bonne »* (M02.M04.M11.M12.M14), *« insuffisante »* (*M03.M16.M18), « mauvaise » (M05.M08.M09), « nulle » (M13.M15.M17) …*

Donc on peut conclure que la majorité des médecins interrogés (16/18) ont conscience de cette faible couverture vaccinale dans cette population à risque.

Figure 5 : Perception de la couverture vaccinale antigrippale selon les médecins interrogés



2.2.1.3. Que pensez-vous du rappel en 2016 des recommandations de l'HCSP de 2012 concernant la vaccination antigrippale des femmes enceintes en France ?

-Concernant le rappel en 2016 des recommandations de l'HCSP de 2012, huit médecins ne l'ont pas vu passer.

« Je ne l'ai pas vu passer (Rire). Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu un rappel de ces recommandations en 2016. » (M01).

« Je ne sais pas. Il y a eu un rappel c'est que certainement ça n'était pas appliqué. » (M03).

- Parmi eux, six sont déjà au courant des recommandations de 2012.

« Elles sont bonnes. C'est très bien. J'avais connaissance de ces recommandations mais pas du rappel en 2016. » (M05).

-sept médecins sont tout à fait d'accord et trouvent que c'est une bonne chose.

« Je les utilise pour justifier ma prescription auprès de toutes mes femmes enceintes. » (M04).

-deux médecins trouvent qu'il manque des explications.

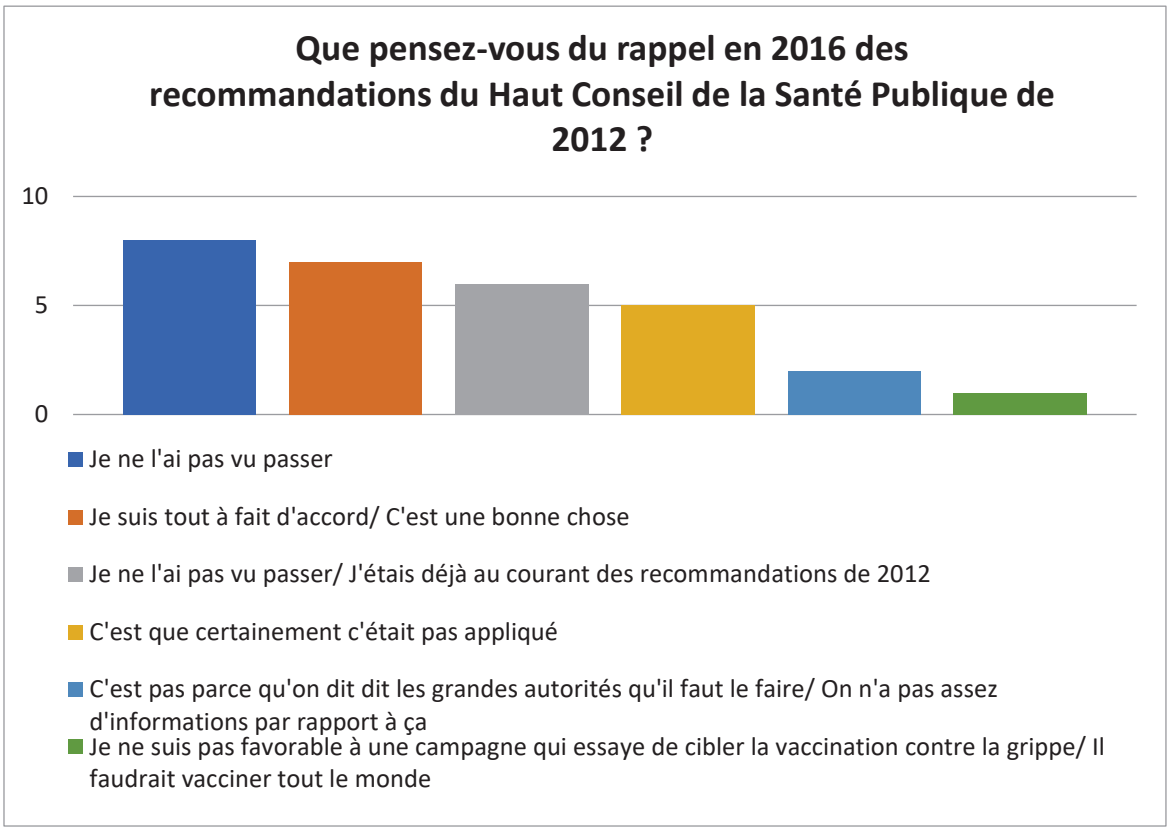
« C'est toujours très délicat d'avoir des ministres qui sortent de labos pharmaceutiques parce que… il suffit que voilà et, y'a des décisions parfois qui sont prises et ça tombe de nulle part ; et c'est pas parce que on dit, les grandes autorités nous disent qu'il faut faire, voilà il faut avoir un peu de hauteur un peu de critiques. » (M10).

« Oui, oui c'est une bonne chose, en fait on peut vacciner toutes les femmes enceintes peu importe le terme, mais encore une fois, on n'a pas assez d'information par rapport à ça ! » (M18).

-Un seul médecin n'est pas favorable au fait de cibler la vaccination à des populations à risque, car pour lui tout le monde est à risque.

« Je ne suis pas très favorable à une campagne qui essaye de cibler la vaccination contre la grippe uniquement pour des groupes à risque, car on ne sait pas qui est à risque. Y'a des gens sur les papiers qui sont à risque et qui font des grippes bénignes et y'a des gens qui sont sans facteurs de risques et qui font des grippes malignes. Donc ce n'est pas un bon discours je trouve de cibler la vaccination sur des groupes à risque, et après d'être étonné de la faible prévalence du vaccin. » (M06).

Figure 6 : Opinions des médecins interrogés, concernant le rappel des recommandations de l'HCSP de 2012



2.2.2. Pratique vaccinale des médecins interrogés

2.2.2.1. La pratique vaccinale antigrippale chez les femmes enceintes

Au niveau de leur pratique :

-douze médecins essayent d'y penser, dont neuf en fonction de la saison à laquelle la patiente était vue en consultation.

« En dehors de la saison de la grippe, on a du mal à y penser. » (M02).

« Oui quand je les vois dans la saison de la grippe. Je pense quand je les vois au mois d'août ça ne me vient même pas à l'idée de leur en parler. » (M09).

-quatre des médecins y pensent s'ils suivent la grossesse ; mais moins si une femme enceinte vient les voir en consultation pour un problème intercurrent.

« Si c'est une patiente que je suis sur le plan obstétrical je vais plus y penser que si c'est une patiente suivie par un gynéco. » (M02).

-quatre médecins le proposent systématiquement.

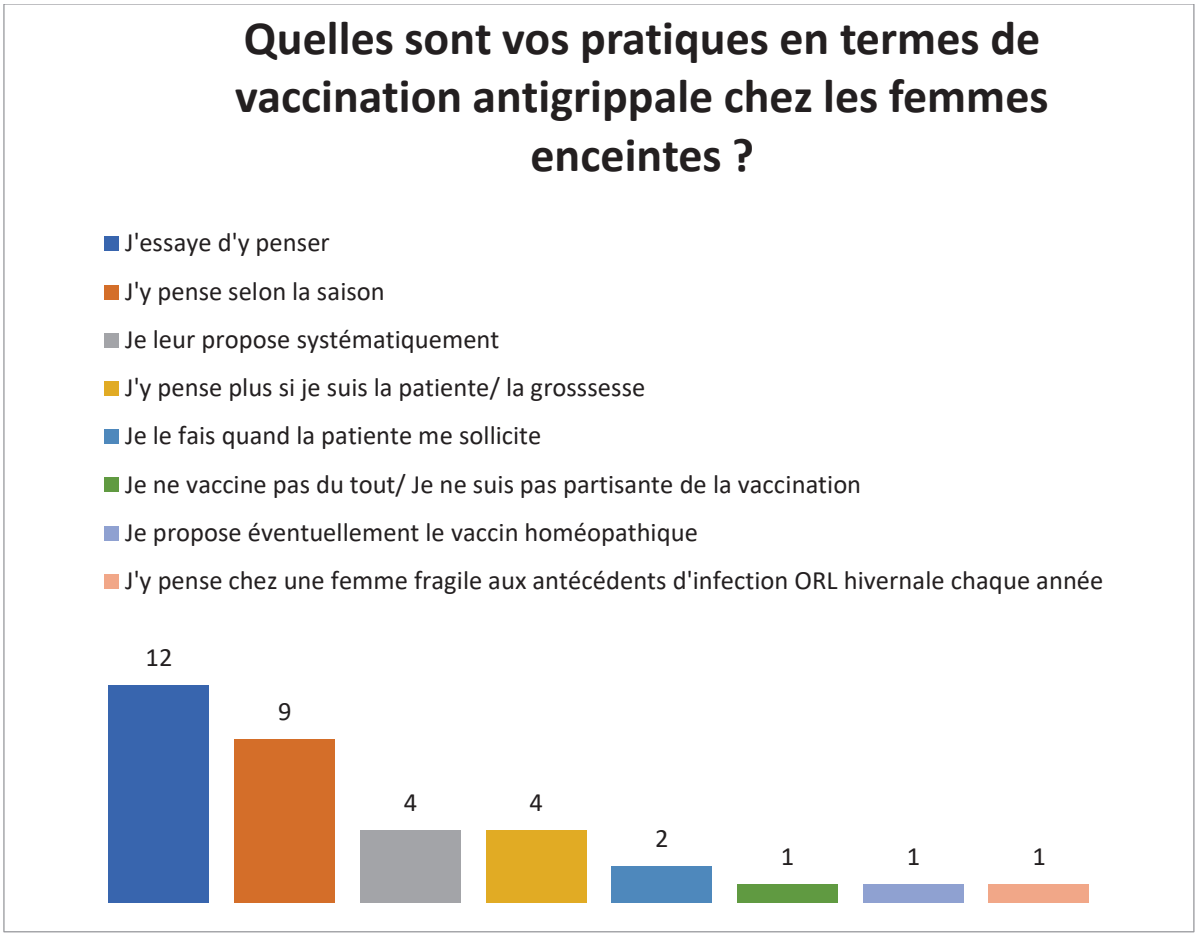
« Je prescris systématiquement le vaccin antigrippal à toutes mes femmes enceintes. » (M04)

« Sauf si contre-indication, j'informe toutes femmes en début de grossesse qui va être enceinte sur la période hivernale. » (M07).

- un seul ne le propose jamais parce qu'il n'est pas partisan de la vaccination anti grippale des femmes enceintes et éventuellement leur propose le vaccin homéopathique.

« Je vaccine pas du tout ! … Je lui proposerai éventuellement le vaccin homéopathique pour la grippe ! » (M10).

Figure 7 : Les pratiques des médecins interrogés, en termes de vaccination antigrippale chez les femmes enceintes



2.2.2.2. En quoi les recommandations et/ou le rappel des recommandations de l'HCSP ont changé la pratique des médecins ?

-Les recommandations de 2012 ont permis à huit des médecins interrogés de changer leurs pratiques.

« Oui je pense que je vaccine plus. » (M03).

« Un petit peu, car le fait que maintenant ce soit recommandé c'est un argument supplémentaire pour le prescrire systématiquement. » (M04).

« Oui parce que je ne sais pas si spontanément j'aurais pensé à proposer à la femme enceinte une vaccination si je n'avais pas vu cette recommandation. » (M07).

-Par contre pour les dix autres interrogés, il n'y a pas eu de changement puisque sept d'entre eux vaccinaient déjà ou du moins proposaient le vaccin.

« Non. Moi depuis l'internat, c'est logique de vacciner ces femmes enceintes. » (M05).

« Non puisque je vaccinais déjà systématiquement avant » (M06).

- Un seul médecin n'était pas au courant de ces recommandations.

« Ben non vu que je ne les connaissais pas ! » (M15).

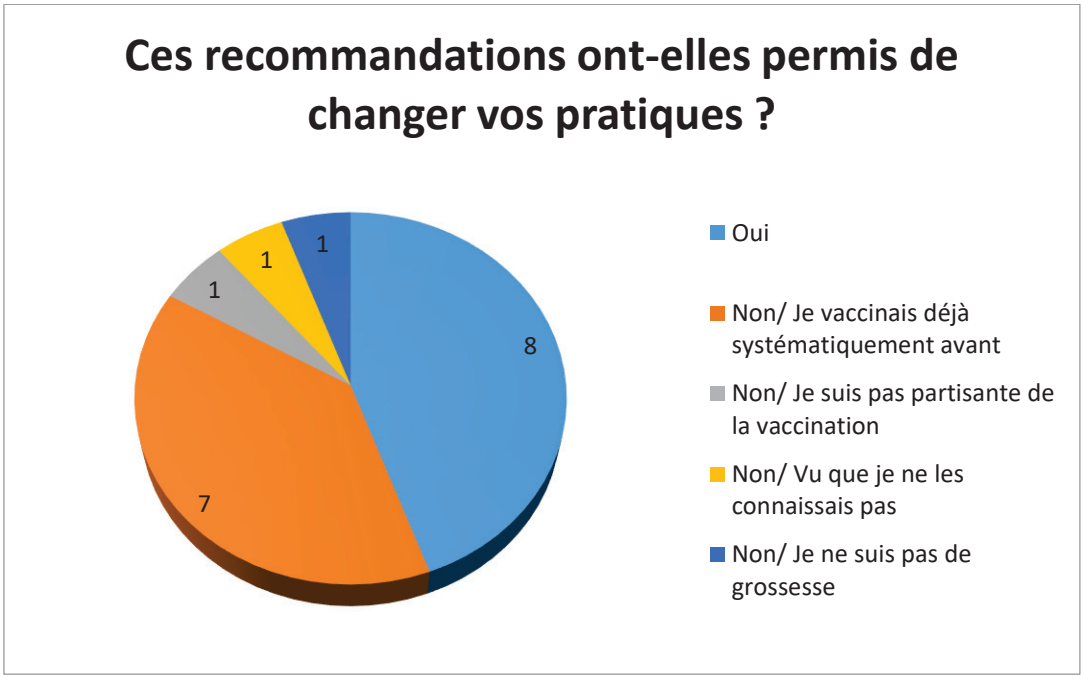
-Un seul médecin n'est pas partisan de la vaccination donc ne vaccine pas.

« Je ne suis pas convaincu du tout, du bénéfice de la vaccination antigrippale chez la femme enceinte. Et je pense que, y a peut-être pas d'études autour de la vaccination et des risques sur la grossesse. Mais un vaccin comme tout médicament, alors moi je ne suis pas médicaments non plus ! donc sur une grossesse moins on en fait au niveau chimie mieux c'est ! heu, voilà pour moi dans la balance bénéfices risques, je ne vois pas d'intérêt ! » (M10).

-Un médecin ne vaccine pas, car ne suit pas de grossesse.

« Comme je fais pas de suivi, j'estime que c'est pas mon rôle les messages de prévention ! » (M12).

Figure 8 : Impact des recommandations de l'HCSP sur la pratique des médecins interrogés



2.2.3. Les freins à la vaccination antigrippale des femmes enceintes

2.2.3.1. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes interrogés dans cette étude, sont :

-Le fait de ne pas penser systématiquement à la vaccination antigrippale des femmes enceintes.

« Parce que je n'y pense pas » (M01).

-Le fait d'oublier d'aborder le sujet, d'autant plus, si la patiente consulte en dehors de la période grippale.

« Au mois de mai ou de juillet je ne vais peut-être pas penser au vaccin de la grippe. » (M02).

-Le fait que les femmes enceintes consultent très rarement leur médecin généraliste au cours de leur grossesse ; donc il est difficile de vacciner une personne qu'on ne voit pas.

« On les voit très peu. » (M06).

« Elles sont suivies par les gynécos ou par les sages-femmes et si tout va bien on ne les voit pas jusqu'à l'accouchement. » (M14).

-Le fait que d'un point de vue organisationnel, les médecins manquent de temps en général, une consultation de médecine générale ne doit pas dépasser 15 minutes en moyenne.

« On a tellement de choses auxquelles il faudrait qu'on pense, et tellement peu de temps pour bien faire notre travail, euh…que c'est impossible en fait. On ne peut pas penser à tout. » (M01).

-Le fait d'être mal à l'aise d'interférer dans la prise en charge d'un confrère. Un des médecins interrogés téléphonait au préalable au gynécologue de sa patiente, pour avoir son accord (M03).

« Des fois ça m'arrive de « rattraper » entre guillemets le truc, de leur poser la question si elles viennent me voir pour autre chose , et de leur prescrire mais là limite des fois je me sens mal à l'aise, car je ne connais pas les habitudes des autres prescripteurs et même si je sais que c'est recommandé et que moi je le fais , je me dis bon , faudrait pas qu'il le « prenne mal » entre guillemets , je ne suis pas là pour leur faire plaisir mais… » (M03).

-Le fait que certains médecins manquent d'information et de clarté (M06).

« Elles sont convaincues qu'il y a des particules virales dans le vaccin qui sont susceptibles d'inoculer des grippes même bénignes. Par manque d'informations, par manque de clarté de certains médecins qui même j'ai l'impression ne sont pas très au fait du contenu du vaccin. » (M06)

-Le fait que certains médecins ne soient pas convaincus des bénéfices de la vaccination antigrippale des femmes enceintes.

« Pour moi dans la balance bénéfices risques, je ne vois pas d'intérêt ! » (M10).

- Le fait que certains médecins ne se sentent pas investis lorsqu'ils n'assurent pas le suivi de grossesse.

« Le fait de ne pas être investi dans le suivi de grossesse. » (M12).

-Le problème de la pluralité des médecins.

« Le problème de la pluralité quand il y a plusieurs médecins ben, c'est à toi, à moi et personne ne le fait » (M13).

-Le fait que certains médecins anti vaccins décrédibilisent la parole de leurs confrères et les professionnels de santé en général.

« Le problème c'est que vous avez des médecins qui sont contre, c'est ça, c'est ça et quand vous avez des médecins auxquels les gens croient qu'ils sont une référence du terrain ; et que ces médecins-là leur disent, non non ne faites pas de vaccins, c'est super dangereux ! » (M13).

Tableau 7 : Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de cette étude

Les difficultés de la part des médecins	
Je ne propose pas systématiquement car je n'y pense pas	12
Je n'y pense pas quand elles consultent en été	9
On les voit très peu en consultation	4
Manque de temps	3
Tellement de choses auxquelles il faut penser	2
Mal à l'aise d'intervenir dans la prise en charge d'un confrère	1
Manque de clarté de certains médecins	1
Je ne suis pas convaincu des bénéfices de la vaccination/ Je ne vois pas l'intérêt	1
Le fait de ne pas être investi dans le suivi de grossesse	1
Le problème de la pluralité des médecins	1
Les médecins anti-vaccins	1

2.2.3.2. Freins évoqués par les patients auprès de ces médecins

-Les freins de tous les vaccins en général.

« Les mêmes que la population en général. » (M08)

-La crainte des composants, adjuvants du vaccin et de ses effets secondaires.

« Les jeunes qui ne veulent pas se faire vacciner actuellement ; parce qu'ils regardent internet toute la journée, YouTube, ils ont peur de l'aluminium et des adjuvants, magouilles des laboratoires, ils sont persuadés. » (M09).

-Le refus des patientes antivaccins.

« Il peut y avoir des refus de la part des patientes qui se disent anti vaccin » (M03).

-La peur que le vaccin rende plus malade.

« Les « non je n'aurais pas la grippe », « moi j'ai vu quelqu'un faire le vaccin contre la grippe et il était plus malade, plus de l'ordre de la théorie de chacune des personnes. » (M04).

« Y'a le frein à la vaccination en générale, une vaccinophobie entretenue par les médias, par les sectes… j'en sais rien… Et puis idée fausse que le vaccin puisse inoculer un virus ! » (M06).

-Les personnes se sentant invulnérables.

« Alors docteur moi j'attrape jamais la grippe. » (M15).

-La préférence du vaccin homéopathique.

« Je lui proposerai éventuellement le vaccin homéopathique pour la grippe ! » (M10).

-Le manque d'information.

« Elles sont convaincues qu'il y a des particules virales dans le vaccin qui sont susceptibles d'inoculer des grippes même bénignes. Par manque d'informations, par manque de clarté de certains médecins qui même j'ai l'impression ne sont pas très au fait du contenu du vaccin. » (M06).

- La naturopathie mal comprise et le souhait de laisser faire l'immunité naturelle.

« J'ai plein de patients qui me disent ouais mais il faut laisser l'immunité naturelle » (M13).

-L'obligation vaccinale mal vécue avec sensation de privation de liberté et donc de rébellion.

« Depuis l'obligation des vaccins c'est une catastrophe ! » (M09).

-L'implication des médias accordant beaucoup de place aux antivaccins pour faire véhiculer leurs idées.

« Malheureusement en France, on a beaucoup plus de gens, qui médiatiquement sont anti vaccin, ils passent très très bien à la télé plutôt que des gens pour dire franchement l'intérêt de la vaccination, le pourquoi… C'est une campagne anti vaccination extraordinaire en France » ! (M13).

-Le fait que le vaccin ne soit pas efficace à 100% peut dissuader certaines patientes.

« Un vaccin qui n'est pas efficace à 100 pour 100 ; donc forcément ça engendre encore plus de réticences chez la femme enceinte ». (M18).

Tableau 8 : Les freins évoqués par les patients auprès de ces médecins

Les freins de la population en général	
Les freins de tous les vaccins en général	6
La crainte des effets secondaires du vaccin/ Composants	5
Le refus des patientes anti-vaccin	4
Peur que le vaccin rende plus malade	4
Je n'attrappe jamais la grippe	3
La préférence du vaccin homéopathique	2
Le manque d'informations	2
Naturopathie mal comprise/ immunité naturelle	2
Obligation vaccinale	1
Les antivaccins nombreux dans les médias	1
Le vaccin antigrippal pas efficace à 100%	1

2.2.3.3. Craintes/peurs des femmes enceintes

-La crainte que ce soit mauvais pour le bébé et/ou le déroulement de la grossesse.

« Elles pensent plus que le vaccin peut être préjudiciable pour la grossesse et donc pour le bébé, que l'inverse ! Elles ne pensent pas que c'est la grippe qui peut être préjudiciable, elles pensent que c'est le vaccin ! Voilà donc faut essayer de renverser cette pensée ! » (M15).

« Les gens ont peur des vaccins, le mot vaccin fait peur, ce qui fait que les femmes enceintes qui en plus ont peur pour le bébé, et qui pensent que la grippe n'est pas une maladie grave, refusent de se faire vacciner. » (M09).

-Le message de précaution disant que les femmes enceintes ne doivent pas prendre de médicament au cours de la grossesse, est compris au détriment du vaccin.

« Le message que les femmes enceintes ne doivent pas prendre de médicaments au cours de la grossesse est tellement bien passé, au détriment du vaccin… » (M03).

-Dans l'inconscient collectif, le fait que ce soit une vaccination de la personne âgée ; les jeunes n'attrapent pas la grippe. Les femmes enceintes se considèrent jeunes et en bonne santé.

« Concernant la grippe, je pense que dans l'inconscient collectif c'est vraiment une vaccination de la personne âgée. » (M01).

« Les femmes enceintes se considèrent jeunes et pensent que c'est que les vieux qui peuvent attraper la grippe » (M09).

-Le prix du vaccin pouvant dissuader son achat (M04).

« Le coût même s'il n'est pas énorme, il est quand même passé de 6 à 11 euros, et on se demande pourquoi donc ça c'est un peu soulant. Le fait que je leur annonce un remboursement et qu'elles ne sont jamais remboursées » (M14).

Tableau 9 : Craintes des femmes enceintes

Les freins de la femme enceinte	
La crainte que ce soit mauvais pour le bébé et/ou le déroulement de la grossesse	6
Le message que les femmes enceintes ne doivent pas prendre de médicaments au cours de la grossesse (au détriment du vaccin)	3
Dans l'inconscient collectif c'est une vaccination de la personne agée/ Les jeunes n'attrappent pas la grippe	2
Le coût 11€ quand on leur annonce le remboursement	1

2.2.4. Comment améliorer la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes ?

2.2.4.1. Propositions des médecins généralistes interrogés

Les propositions faites par les médecins interrogés pour améliorer la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes sont :

-mettre en place des recommandations plus explicatives, afin d'être mieux informés.

« Peut-être avoir des données chiffrées sur cette couverture et sur ce que l'augmentation de cette couverture est susceptible de donner en terme préventif. Quels sont les risques de la grippe en cours de grossesse, pour la maman, pour le bébé à venir ? Qu'on soit peut-être mieux informé au lieu de nous dire juste qu'il faut le faire… Peut-être dans la recommandation être un peu plus explicatif que ça, ça serait peut-être mieux. Ça nous donnerait des arguments en plus. » (M01).

-convaincre tous les professionnels de santé du bien-fondé du vaccin.

« Faudrait qu'on soit tous sensibilisés et CONVAINCUS du bien-fondé de la recommandation aussi, euh, car ça joue beaucoup sur notre façon de faire. » (M01).

-éviter que les pseudos autorités politiques s'en mêlent. Car les messages avec le label de la sécurité sociale peuvent être perçus comme une injonction.

« Moins les politiques se mêlent et les pseudos autorités de je sais pas quoi, de donner de grandes directives mieux c'est. Ça serait que des médecins et pas des pouvoirs publics je pense que l'impact serait nettement meilleur. » (M06).

« Si y'avait, je sais pas, une éducation à la santé un peu claire, pas obligatoirement Mr CYMES mais voilà quoi, qui soit claire c'est bien ! Sans le label sécurité sociale en haut et gouvernement en bas qui fait que les gens ils zappent. » (M10).

-informer les femmes enceintes dès le début de la grossesse des risques et complications de la grippe et des bénéfices du vaccin.

« Je pense qu'il faudrait leur en parler dès le début, dès la première consultation. » (M15).

-Impliquer plus les spécialistes sur ce sujet, afin qu'ils prennent position. Il est important que les spécialistes (en particulier le gynécologue) leur en parlent, car ils peuvent avoir plus d'influence sur les patientes que le médecin généraliste.

« Alors déjà que les spécialistes en parlent, ça a beaucoup plus d'impact que quand c'est nous généralistes. » (M02).

-donner plus la parole dans les médias aux professeurs de gynécologie et de médecine comme au journal télévisé de 20h par exemple pour qu'il y ait un vrai débat.

« Des profs de médecine et des profs de gynéco-obstétrique qui viendraient au JT pour dire qu'il faut vacciner les femmes enceintes contre la grippe pour telle raison, ça a plus d'impact que le reste. » (M06).

-mettre en avant l'absence d'effets secondaires et d'adjuvants du vaccin, ainsi que rassurer sur sa sécurité pour les femmes enceintes.

« Rassurer sur la sécurité voilà, l'absence d'effets secondaires des solvants etc. » (M12).

-faire en sorte que tous les intervenants arrivent à y penser.

« C'est que tous les intervenants arrivent à y penser au bout d'un moment ; que ce soit le pharmacien, la sage-femme …tous les intervenants médicaux et para médicaux. » (M01).

-parler du coût de l'hospitalisation payé par la collectivité, responsabiliser les gens.

« Est ce que c'est normal que la (sécurité sociale) collectivité prenne en charge quand vous avez une grippe ou une femme enceinte qui a une grippe avec les complications ? Alors que ça ne coûte pas cher le vaccin. Est-ce que c'est normal que ça coûte à la collectivité ? là aussi j'aimerais bien qu'on dise un peu aux gens vous avez le droit de pas vous vacciner, c'est ce qui se passe aux États-Unis, je crois. Vous avez le droit de pas être vaccinés aux États-Unis, mais si vous êtes malade c'est tout pour vous… Non en France vous ne pouvez pas faire ça ! parce que personne ne le tolère etc. c'est un sujet tabou il faut pas dire ça ! mais ça à un coût pour la collectivité ! et ce coût ben nous l'assumons tous ! » (M13).

-mettre en avant la gratuité du vaccin (M15).

Tableau 10 : Propositions faites par les médecins interrogés, afin de promouvoir la vaccination antigrippale des femmes enceintes

Comment pourrait-on améliorer la couverture vaccinale ?	
Mieux informer/ Recommandations plus explicatives	8
Que tous les professionnels de santé soient convaincus du bien fondé du vaccin	5
Moins les politiques et pseudos autorités s'en mêlent et mieux c'est/ Messages de la sécurité sociale perçus comme une injonction	5
Que les médecins généralistes informent dès le diagnostic de la grossesse, de l'intérêt du vaccin et des risques de la grippe	4
Que les spécialistes (gynéco) en parlent	3
En donnant plus la parole dans les médias aux professeurs de médecine ou gynécologie obstrétique pour un vrai débat	2
Rassurer sur l'absence d'effets secondaires et d'adjuvant/la sécurité du vaccin	2
Que tous les intervenants arrivent à y penser	1
Parler du coût de l'hospitalisation payé par la collectivité	1
Responsabiliser les gens	1
Mettre en avant la gratuité du vaccin	1

2.2.4.2. Moyens à mettre en œuvre

Les moyens proposés par les médecins interrogés, à mettre en œuvre pour améliorer cette couverture vaccinale sont :

-faire de la publicité à la télévision, en parler au journal de 20h selon quatorze médecins.

« Je n'ai pas la télé mais je pense que c'est un moyen hyper efficace pour faire passer des messages. Un bon petit slogan, voilà des fois ça marche bien. » (M03).

« Ce qui a le plus d'impact sur la population, sur les gens c'est le journal télévisé de 20h. » (M06).

-afficher sur des panneaux publicitaires, en parler à la radio selon treize médecins.

« Je pense que les moyens médiatiques bien organisés sont presque mieux que d'autres choses ; après nous on continue à leur expliquer. Comme ils croient beaucoup plus les médias que le docteur maintenant les gens, vu que les campagnes médiatiques sont mal faites la plupart du temps, ça tombe à côté de la plaque. » (M09).

« Informations par plein de biais, plein de plein de médias voilà. » (M12).

« En mettant en place des publicités à la télé, à la radio, des affiches panneaux publicitaires. Ben déjà au niveau de … quand ils font des campagnes de vaccinations ou des choses comme ça, de vaccin contre la grippe par exemple, ben la seule contre-indication c'est l'allergie à la protéine de l'œuf, et il n'y a pas d'adjuvant dedans type aluminium, tout ça…donc ça faudrait qu'ils insistent beaucoup dessus. Et puis augmenter les campagnes de vaccination, car c'est vrai que même les femmes enceintes, elles pensent qu'elles ne peuvent pas être vaccinées du tout ! Y'a un manque d'information du grand public. » (M16).

« Je pense qu'il faudrait faire des campagnes d'affichage dans les lieux publics, les pharmacies, panneaux publicitaires de campagne de rappel en octobre à la télévision, faire des petits spots, sur internet, aussi faire des petites publicités sur certains sites. » (M18).

-proposer des formations aux professionnels de santé selon douze médecins.

« Pour la formation, je ne sais pas ce que font mes autres collègues mais oui oui, on n'est jamais assez formé de toute façon » (M04).

« Oui bien sûr ! bien sûr ! Incontestablement les formations, les DPC, les DPC j'en vois pas beaucoup passer sur les vaccinations » (M13).

-envoyer le CERFA/courrier de la sécurité sociale au domicile des patientes selon douze médecins.

« Alors si elles reçoivent un courrier avec un bon pour se faire vacciner, elles voient qu'elles ont la possibilité de se faire vacciner et que ce n'est pas interdit ; donc déjà c'est un stimulant. Si elles reçoivent une lettre pour leur dire de se faire vacciner, elle va à la poubelle aussi. » (M09).

« Qu'un petit courrier comme ils font maintenant de la part de la sécu comme avec les papis pour la vaccination antigrippale classique des plus de 65 ans, des ALD et autres…Ils reçoivent des courriers. Je pense que ce serait bien de viser les femmes enceintes aussi. Le problème qu'il y a, c'est que la déclaration de grossesse se fait beaucoup trop tard pour ça. » (M14).

« Oui parce qu'elles vont se demander pourquoi elles reçoivent ça déjà ! si elles lisent le courrier… » (M16).

-donner un prospectus/flyer en main propre lors de la consultation ou à laisser dans la salle d'attente selon onze médecins.

« Pareil même principe que pour le poster, bien sûr que ça peut être des outils au moins pour y penser ; pas forcément pour le faire, le résultat ne sera pas forcément là. » (M01).

« Trop de prospectus tue le prospectus. Après des prospectus à donner de façon ciblée au cours de la consultation me semble plus efficace. » (M03).

« Oui c'est bien, car elles ont le temps de le lire et en effet quand c'est dans une salle d'attente chez un professionnel de santé, elles ont confiance ; ce n'est pas une pub dans n'importe quelle rue. » (M05).

« Et peut-être aussi lorsque l'on fait la déclaration de grossesse, éventuellement mettre un prospectus de manière systématique, en période à risque de la grippe qui inciterait la femme enceinte de se faire vacciner. Ça ça serait intéressant ! » (M18).

- afficher des posters en salle d'attente, dans les pharmacies et/ou dans les lieux publics selon dix médecins.

« C'est vrai que ça permet d'ouvrir la conversation ; la patiente enceinte voit le poster et vous dit tiens qu'est-ce que vous en pensez, ça peut amener à la conversation et au fait d'y penser. » (M01)

« Je pense que ça serait bien plutôt d'afficher dans les pharmacies. Dans les lieux où il y a plus de public et du coup, y'aurait plus de visibilité on va dire ! Après c'est quelque chose qui fonctionne bien, les affiches dans les centres médicaux ! » (M18).

-faire de la publicité sur internet, via les réseaux sociaux comme Facebook selon trois médecins.

« Il faudrait mettre des informations sur Facebook. » (M09)

« Les réseaux sociaux, internet il faut intervenir sur les réseaux sociaux. Et puis il faut des gens motivés je dirais. Et puis il faut que quand le ministre vous dit : voilà je fais ça et voilà pourquoi je le fais, et voilà et pas : on fait parce qu'on a décidé de ! non ce n'est pas c'est pas l'état tout puissant qui a décidé de ! c'est la communauté scientifique a pensé que ! et voilà pourquoi on le fait ! » (M13).

- recevoir des représentants de laboratoires pharmaceutiques au cabinet selon deux médecins.

« Oui ils nous apportent une information oui pourquoi pas, pourquoi pas oui ils nous apportent quand même une information. Bon après, voilà il faut pas que ce soit biaisé par, les intérêts, les conflits d'intérêts ! » (M11).

-créer un onglet spécial dédié à cette vaccination dans le dossier médical, qui permettrait d'être un rappel selon deux médecins.

« Oui en principe j'ai un chapitre vaccination dans le dossier médical et j'essaye de le mettre systématiquement. » (M02).

-créer un onglet spécial dans le carnet de suivi de maternité que ce soit sous forme papier ou informatisé selon deux médecins.

« Non du moment que c'est fait faut que, à mon avis y a des endroits clés, pas fait erreur… Sur un suivi papier ou un suivi informatique, par contre à un moment donné, il y a quelqu'un qui va vérifier que tout est fait. » (M08)

« Ça fait longtemps que j'ai plus vu passer de carnets de maternité, ni les carnets de suivi et j'imagine que ces messages sont là par rapport aux vaccins tout ça enfin, je sais pas… » (M12)

-créer un dossier médical partagé (DMP) afin d'améliorer la communication entre les différents intervenants et de centraliser les informations selon deux médecins.

« Peut-être qu'avec le dossier médical partagé ça sera mieux. » (M13).

« Mais le problème c'est que je pense que quand on éparpille l'information…alors quand le dossier médical partagé sera vraiment partagé, je pense que le tout le monde pourra le faire. Mais en attendant je pense que c'est quand même bien que ce soit nous ! Donc quand le dossier médical sera partagé et vraiment partagé ; y a pas de problème, le gynéco à mon avis ne va pas penser à ça, surtout l'obstétricien. Le gynéco médical oui mais comme c'est une spécialité en voie d'extinction on en n'aura pas. Donc je pense que voilà c'est nous et les sages-femmes ! » (M17).

-créer une fiche spéciale de suivi de grossesse comme pense-bête.

« J'essaye d'y penser, j'ai ma petite fiche de suivi de femme enceinte. » (M03).

-utiliser une application de suivi de grossesse tel GESTACLIC.

« Je m'aide d'une application dans le suivi des grossesses qui s'appelle Gestaclic » (M03).

-ajouter aux mots clés que l'on doit apprendre pour l'ECN, afin que cela devienne un réflexe (M07).

« Et je pense aussi que ça devrait être un réflexe aussi à l'ECN, dans la longue liste des examens à faire, des trucs à penser, on nous parle de Boostrix mais pas de la grippe. » (M07).

-créer une check-list.

« L'inscription d'une check-list, enfin à la réalisation d'une check-list qui soit être à tel moment, tel moment, tel moment dans le suivi et que ce soit répandu comme une recommandation quoi. » (M08).

-utiliser un logiciel médical comme Crossway qui permet de faire un rappel automatique avec une icône vaccination qui s'affiche quand on utilise la carte vitale pour réaliser la déclaration de grossesse.

« J'ai un logiciel Cegedim (Crossway) où chez les gens qui sont à risque il y a un truc qui s'affiche sur la vaccination, donc c'est pas mal non plus. » (M13).

-faire signer un papier de refus aux patientes comme moyen de dissuasion.

« Vous reconnaissez, que vous allez, je vous ai expliqué les tenants et des aboutissants vous n'acceptez pas. Vous avez le droit. On ne vous oblige pas. Je suis médecin vous avez le droit, mais signez-moi un papier comme quoi je vous ai bien expliqué ! » (M13).

« Je pense que y a pas assez de plaintes entre guillemets. Mais s'il y avait un peu plus de plaintes je pense qu'on vous ferait serrer tous les fesses et je pense que tout le monde ferait un truc et je pense que ça augmenterait un petit peu les vaccinations ! » (M13).

« Moi je pense que si une femme a eu un problème et qu'elle portait plainte contre le médecin généraliste en disant attendez, vous me suivez, vous êtes mon médecin généraliste, vous m'avez pas proposé ; j'ai pas proposé ou le gynéco, ou la sage-femme. Ben on ferait un petit peu tous attention ! sur tout bon voilà, après c'est vrai qu'il faudrait aussi responsabiliser les gens. » (M13).

Tableau 11 : Moyens proposés par les médecins interrogés, afin d'améliorer la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes

Par quels moyens pourrait-on améliorer la couverture vaccinale ?	
Publicité Télé/ JT 20h	14
Panneaux publicitaires/ Publicité/ Radio	13
Les formations des professionnels de santé	12
Le courrier de la sécurité sociale CERFA au domicile des patientes	12
Prospectus en salle d'attente/ Remis en main propre en consultation	11
Les posters en salle d'attente/ Pharmacie/ Lieux publics	10
Publicité Internet/ Réseaux sociaux/ Facebook	3
Visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques	2
Onglet dossier médical	2
Onglet carnet de suivi/ Maternité papier ou informatisé	2
Mise en place d'une DMP dossier médical partagé	2
Fiche de suivi de grossesse	1
Utiliser une application de suivi type Gestaclic	1
Liste ECN	1
Inscription d'une check-list	1
Logiciel Cegedim crossway qui permet un rappel automatique: icône vaccination qui s'affiche	1
Faire signer un papier de refus de vaccination aux patientes	1

TROISIÈME PARTIE

1.DISCUSSION

1.1. Synthèse générale : les résultats principaux et leurs implications

Le travail de cette thèse a permis de mettre en évidence dans un premier temps que les médecins généralistes interrogés pensent avoir un rôle important à jouer dans la promotion de la vaccination antigrippale des femmes enceintes, au même titre que les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, la personne suivant la grossesse ayant plus de légitimité que celle déclarant la grossesse.

Ensuite vient l'idée que, finalement, tous les professionnels de santé qu'elle rencontre au cours de sa grossesse (comme le pharmacien ou l'infirmier du quartier) peuvent intervenir également auprès de la femme enceinte.

Certains rappellent qu'elle-même doit être actrice dans sa prise en charge et se sentir également responsable de sa santé.

La grande majorité des médecins interrogés avaient conscience du faible taux de couverture vaccinale.

Par contre, plus de la moitié des médecins interrogés n'étaient pas au courant du rappel en 2016 des recommandations de l'HCSP de 2012. Mais, parmi cette majorité, la plupart étaient déjà au courant des recommandations de l'HCSP de 2012.

Sur les dix-huit médecins interrogés, dont dix-sept « pro-vaccination », seulement quatre proposaient systématiquement la vaccination antigrippale aux femmes enceintes ; et douze essayaient d'y penser selon le contexte.

Nous pouvons remarquer également que les recommandations de l'HCSP de 2012 ainsi que leur rappel en 2016 ont permis de changer les pratiques de huit médecins, et de conforter les pratiques des autres, puisque sept vaccinaient déjà avant les recommandations, un n'était pas au courant des recommandations, un n'était pas partisan de la vaccination et un ne vaccine pas, car ne suit pas de grossesse.

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes à la vaccination antigrippale des femmes enceintes à leur cabinet, qui ressortent dans cette thèse, sont :

-le fait de ne pas y penser systématiquement (d'autant plus si la patiente consulte en été) en fonction de la perception du risque de grippe,

-le fait que les femmes enceintes consultent très rarement leur médecin généraliste, au cours de leur grossesse, puisqu'elles voient leur gynécologue et/ou leur sage-femme. Donc il semble difficile de vacciner une personne que l'on ne voit pas,

-le manque de temps (tellement de thèmes à aborder au cours d'une consultation).

--Le fait d'être mal à l'aise d'interférer dans la prise en charge d'un confrère, la pluridisciplinarité qui entoure la prise en charge de la grossesse nécessite de bien délimiter les tâches de chacun.
--Le fait que certains médecins « anti vaccins » (qui osent davantage s'exprimer dans les médias que les sociétés savantes) décrédibilisent la parole de leurs confrères et des professionnels de santé en général. Ce message médical discordant est source d'hésitation vaccinale, puisque les patients se sentent moins rassurés.
Concernant les freins de la part des patientes, nous pouvons d'un côté, observer les freins identiques à ceux de la population générale, à savoir :
-les freins contre tous les vaccins en général,
-la peur des effets secondaires du vaccin, des composants et des adjuvants,
-le refus des patientes « antivaccin »,
-la peur que le vaccin rende davantage malade.
Et d'un autre côté, les craintes/peurs spécifiques des femmes enceintes liées à leur état de grossesse, c'est-à-dire :
-la crainte que ce soit mauvais pour le bébé et/ou pour le déroulement de la grossesse,
- les messages qui disent que les femmes enceintes ne doivent pas prendre de médicament au cours de la grossesse (compris au détriment du vaccin),
-dans l'inconscient collectif, c'est une vaccination de la personne âgée, les jeunes n'attrapent pas la grippe, or, les femmes enceintes se sentent jeunes et en bonne santé pour la plupart d'entre elles.
L'accumulation de toutes ces raisons permet d'expliquer le faible taux actuel de couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes, qui persiste, malgré les recommandations de l'HCSP.
Pour améliorer cette couverture vaccinale, les propositions suivantes nous ont été faites (du plus au moins fréquent) :
- mettre en place des recommandations plus explicatives afin de mieux informer
-convaincre tous les professionnels de santé du bien-fondé du vaccin
-éviter que les pseudos autorités politiques s'en mêlent (place des institutions publiques)
-informer les femmes enceintes dès le début de la grossesse, de l'intérêt du vaccin et des risques de la grippe (défaut d'information)
-impliquer plus les spécialistes sur ce sujet, en particulier les gynécologues, afin qu'ils en parlent (agir pour augmenter la sensibilisation)
-donner davantage la parole dans les médias, aux professeurs de médecine ou de gynécologie, pour un vrai débat
-rassurer sur la sécurité du vaccin, et l'absence d'adjuvant
-faire en sorte que tous les professionnels de santé qui interviennent autour de la grossesse, arrivent à y penser

-responsabiliser les patientes

-mettre en avant la gratuité du vaccin.

Les moyens proposés par les médecins interrogés, pour améliorer la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes sont par ordre décroissant :

-faire des campagnes de sensibilisation, publicité à la télévision, en parler au journal de 20 heures

-afficher sur des panneaux publicitaires, en parler à la radio

-proposer des formations aux professionnels de santé

-envoyer le CERFA/courrier de la sécurité sociale au domicile des patientes

-donner un prospectus/flyer en main propre lors de la consultation ou à laisser dans la salle d'attente

- afficher des posters en salle d'attente, dans les pharmacies et/ou dans les lieux publics

- recevoir des représentants de laboratoires pharmaceutiques au cabinet

-créer un onglet spécial dédié à cette vaccination dans le dossier médical, qui permettrait d'être un rappel

-créer un onglet spécial dans le carnet de suivi de maternité que ce soit sous forme papier ou informatisé

-créer un DMP afin d'améliorer la communication entre les différents intervenants et de centraliser les informations

-créer une fiche spéciale de suivi de grossesse comme pense bête

-utiliser une application de suivi de grossesse tel GESTACLIC

-l'ajouter aux mots clés que l'on doit apprendre pour l'ECN, afin que cela devienne un réflexe

-créer une check-list

-utiliser un logiciel médical comme Crossway qui permet de faire un rappel avec une icône vaccination qui s'affiche quand on utilise la carte vitale pour réaliser la déclaration de grossesse

Parmi ces réponses, certaines étaient inattendues et originales, comme par exemple :

-le fait d'aborder le coût de l'hospitalisation payé par la collectivité, ce qui peut s'expliquer dans un contexte où la sécurité sociale est en déficit ;

-celle de faire signer un papier de refus aux patientes comme moyen de dissuasion, ce qui finalement n'est pas si incohérent, d'un point de vue médicolégal, puisque nous rentrons dans une ère où les plaintes en justice envers le corps médical sont de plus en plus nombreuses.

Il faudrait nuancer cette option, et proposer de faire signer une note d'information donnée aux patientes, que l'on garderait en double dans le dossier médical. Pour rappel, nous avons une obligation de moyen et non de résultat.

-Celle de faire de la publicité sur internet via les réseaux sociaux comme Facebook, afin de cibler une population jeune.

Par ailleurs, parmi les réponses attendues, il est étonnant qu'aucun des médecins interrogés n'ait évoqué le fait que la vaccination antigrippale des femmes enceintes pouvait protéger le nouveau-né durant ses premiers mois de vie. En effet, ceci est un argument clé, que nous pourrions mettre en avant pour convaincre les femmes enceintes de se faire vacciner.

1.2. Les résultats comparés aux données de la littérature

Tout d'abord, nous pouvons constater qu'il existe une amélioration des pratiques depuis la thèse de médecine générale réalisée en 2014 en Midi Pyrénées (48) où près d'un médecin sur deux déclarait proposer souvent ou systématiquement la vaccination antigrippale aux femmes enceintes et près d'un tiers des médecins ne la leur proposaient jamais. En effet, dans notre étude, seulement deux sur les dix-huit médecins interrogés ne la proposent jamais.

Deuxièmement, par rapport à la conclusion d'une thèse de médecine parue en 2016 (49) qui s'intéresse aux représentations du médecin généraliste concernant la vaccination antigrippale de femmes enceintes et à l'impact des recommandations vaccinales de 2012 sur leurs pratiques dans la région Nord-Pas-De-Calais , nous remarquons une amélioration de la sensibilisation de la part des médecins généralistes sur ce sujet puisque la majorité des interrogés ont conscience du faible taux de couverture vaccinale anti grippale des femmes enceintes en France. Ils sont également au courant des recommandations de l'HCSP de 2012. De même, ils se sentent concernés par ce sujet et estiment avoir un rôle à jouer dans cette prévention.

Cependant, malgré cette évolution, nous retrouvons les mêmes propositions qu'en 2016 en ce qui concerne la demande d'un travail plus collaboratif entre les différents professionnels de santé car, souvent, les médecins généralistes ne voient pas la femme enceinte ou très peu. En effet, les femmes enceintes ont déjà des rendez-vous programmés mensuellement pour leur suivi obstétrical, généralement auprès des gynécologues-obstétriciens et/ou des sages-femmes.

Une information de meilleure qualité des médecins généralistes et des femmes enceintes permettrait une meilleure compliance à la recommandation vaccinale.

Troisièmement, par rapport à une autre thèse de médecine générale soutenue en 2015 à Lille (50) qui s'intéresse aux freins de la vaccination anti grippale chez les femmes pendant leur grossesse, nous faisons la même constatation à savoir qu'il existe un défaut d'information de la part des médecins délivrés aux patientes, en effet, le sujet n'est pas toujours abordé, puisqu'ils n'y pensent pas systématiquement.

Nous retrouvons également les mêmes freins :

- un défaut majeur d'information délivrée aux femmes sur la vaccination en elle-même, mais aussi sur la grippe en tant que maladie

-de nombreuses craintes sur une iatrogénie post vaccinale qui impacterait aussi bien le bébé que la maman,

-le vaccin, parfois jugé comme inutile ou inefficace

- la banalisation de la grippe qui constitue aussi une cause de non-vaccination

- l'opinion des femmes sur les vaccins, fondée sur des idées préconçues erronées (dans quelques cas).

Notre proposition d'inclure le formulaire CERFA permettant la prise en charge à 100% de la vaccination par l'Assurance Maladie dans le carnet de maternité, ainsi qu'une brochure d'information nous semble justifiée et réalisable.

1.3. Hypothèses pour expliquer les observations

Nous pouvons constater une méconnaissance concernant les complications de la grippe sur la femme enceinte et la grossesse puisque la majorité des réponses obtenues étaient hésitantes.

La sous-estimation du risque grippal chez les femmes enceintes est probablement liée à la faible constatation de complications grippales en cabinet de ville. Puisque sur 18 médecins interrogés, seulement quelques-uns avaient pris en charge des femmes enceintes atteintes de la grippe, et sans aucune complication.

La sous-estimation de ce risque peut expliquer la non-priorisation de la vaccination. Ainsi, le praticien ne propose pas la vaccination antigrippale de manière systématique, justifiant ceci par un manque de temps ou une priorité donnée à d'autres thématiques lors de la consultation.

Il faudrait sensibiliser les médecins généralistes sur la gravité de la grippe en cours de grossesse, et chez les nouveau-nés, afin qu'ils prennent conscience de l'intérêt de la vaccination.

Même s'ils sont peu nombreux, les médecins ayant eu des patientes enceintes atteintes de grippe proposent tous la vaccination, alors que le seul « antivaccin » l'étude, n'a jamais eu de patiente enceinte atteinte de grippe saisonnière. L'expérience influence donc de manière importante la pratique du prescripteur.

Effectivement, tant qu'il y aura une attitude discordante au sein même du milieu médical entre les « pro vaccins » et les « antivaccins », cela sera source d'hésitation vaccinale pour les patients.

1.4. Perspectives pour l'avenir

Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence plusieurs aspects à améliorer concernant la vaccination antigrippale des femmes enceintes.

Tout d'abord, nous avons pu remarquer que les médecins interrogés étaient demandeurs de recommandations plus étayées, mieux explicitées de la part de l'HAS, sur lesquelles s'appuyer pour convaincre les patientes de se faire vacciner.

Ensuite, la plupart des médecins interrogés semblaient ignorer si les femmes enceintes recevaient un courrier CERFA de la part de la sécurité sociale à leur domicile, pour les inciter à se faire vacciner. Un tel courrier serait un élément facilitateur et un argument supplémentaire.

Pour la majorité d'entre eux, il ressort que la CPAM a un rôle majeur à jouer dans la campagne de prévention : par exemple la campagne très bien faite sur : « les antibiotiques : ce n'est pas automatique », a permis de faire évoluer les pratiques médicales.

La sécurité sociale devrait se positionner en informant les femmes enceintes que cette vaccination permet de protéger leur bébé durant les 6 premiers mois de vie. En particulier, celles qui accouchent en automne -hiver, pourraient être plus sensibles à cet argument en faveur de la vaccination. Par exemple, concernant la vaccination contre la coqueluche, les femmes se font plus volontiers vacciner car elles savent que c'est pour protéger leur bébé fragile.

Plusieurs médecins ont mentionné le fait que la pluridisciplinarité pouvait être pénalisante pour la vaccination antigrippale des femmes enceintes. En effet, la femme enceinte se retrouve au carrefour de plusieurs spécialités, et chacun a peur d'interférer dans la prise en charge de l'autre s'il ne va pas dans son sens… Il faudrait pouvoir bien délimiter les tâches de chacun.

<u>D'où cette réflexion : qui soigne la femme enceinte ?</u>

Peut-être que dans l'avenir, le DMP permettra une vraie prise en charge globale des patientes ; une meilleure coordination des soins prodigués entre chaque spécialiste ; et facilitera l'utilisation d'un dossier plus clair, moins morcelé, avec une icône spéciale vaccination à remplir.

Par ailleurs, l'apport des nouvelles technologies au service de la médecine peut être une aide supplémentaire pour les médecins généralistes.

En effet, différents outils sont proposés : les applications comme GESTACLIC peuvent apporter une réponse synthétique et rapide ; ou bien, les logiciels médicaux informatisés, qui proposent des rappels automatiques, qui servent de pense-bête (exemple : vérifier la vaccination antigrippale lors de la déclaration de grossesse) dès que l'on insère la carte vitale de la patiente pour accéder à son dossier médical, en effet, le défaut de la plupart des médecins interrogés était de ne pas y penser.

Le travail de cette thèse m'a permis de découvrir l'existence d'un site internet : www.mesvaccins.net qui propose un carnet de vaccination électronique.

Afin de promouvoir cette vaccination, une proposition de prospectus (Annexe 4) semblant être complémentaire à celui de la sécurité sociale réalisé en 2014 (Annexe 3) a été élaboré au cours de ce travail de thèse. Il est destiné aux patientes à laisser en salle d'attente et/ou à remettre en mains

propres lors des premières consultations leur expliquant les risques de la grippe sur la grossesse et les bénéfices du vaccin pour elles, leur grossesse et leur futur bébé.

Un autre argument peu connu est à mettre en avant, afin de convaincre les futures mamans : la vaccination antigrippale des femmes enceintes protège le futur bébé jusqu'à ses six premiers mois de vie grâce au passage transplacentaire des anticorps. En effet, il n'est pas recommandé de vacciner les nourrissons de moins de six mois, or ils sont beaucoup plus sujets à des complications de la grippe en raison de leur fragilité.

2.ANALYSE

2.1. Discussion de la validité des résultats : forces et faiblesses de la méthode

2.2.1. Les forces de l'étude

-le choix du sujet : il existe très peu de thèses qui abordent le sujet de la vaccination antigrippale des femmes enceintes en France ; voire aucune, en région PACA (ni au niveau du département des Alpes-Maritimes), où le taux de couverture vaccinale est l'un est plus faible de France ; et ce d'autant plus que la région est particulièrement touchée par la grippe. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique qui mérite qu'on s'intéresse à lui.

Ce projet a été au préalable présenté et validé par la « cellule thèse » organisée par le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) à la faculté de médecine de Nice.

-Le choix d'une enquête qualitative est adapté pour répondre à l'objectif principal de la thèse. Elle permet d'explorer les comportements et l'expérience personnelle de chaque interviewé, ses motivations et ses freins.

-Le choix des entretiens individuels semi-dirigés. Le fait de rencontrer chaque médecin généraliste dans son environnement professionnel en tête à tête (à la date qui lui convenait), lui permet de parler plus librement, spontanément et de se sentir à l'aise. Cela permet également d'avoir une meilleure authenticité dans ses propos.

Cela a également permis d'avoir un meilleur taux de participation à ce travail. En effet, plusieurs des médecins interrogés m'ont signifié qu'ils étaient surchargés, qu'ils recevaient de nombreux questionnaires de thèses à remplir par email et que, dans ces cas- là, ils ne répondaient jamais, par manque de temps. Pour eux, voir une personne qui se déplace jusqu'à leur cabinet montre l'implication de l'enquêteur et suscite leur intérêt.

Initialement, je voulais interroger les trois principaux prescripteurs c'est-à-dire les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, mais en étant seule investigatrice, cela aurait été trop long de faire des entretiens semi-dirigés donc il aurait fallu utiliser une autre méthode, sur les conseils de la « cellule quali » : celle de la ronde de Delphi.

« La méthode de Delphes se compose d'une série d'interrogations répétées, habituellement au moyen de questionnaires, d'un groupe d'individus dont les avis ou les jugements sont d'intérêt. Après l'interrogation initiale de chaque individu, chaque interrogation suivante est accompagnée de l'information concernant les réponses du tour précédent. L'individu est ainsi encouragé à reconsidérer et, si approprié, à changer sa réponse précédente à la lumière des réponses des autres membres du groupe » ; malheureusement la plupart des professionnels de santé sont tellement sollicités par email que, par manque de temps, ils ne répondent pas ; il y aurait donc eu un problème de participations et de pertes de vue.

2.2.2. Les limites de l'étude

-biais de déclaration : Nous ne pouvons pas garantir la véracité des propos des médecins interrogés concernant leur pratique en termes de vaccination antigrippale chez les femmes enceintes. En effet, l'entretien ne se limite qu'au recueil des propos déclaratifs. Le fait que l'enquêteur et l'interrogé soient tous les deux médecins, peut, de manière inconsciente, influencer les propos déclarés et altérer son authenticité. Le médecin interrogé peut craindre une attitude de jugement de la part de l'enquêteur ; bien qu'un climat de confiance ait été instauré à chaque entretien. J'ai essayé d'être la plus neutre possible, de laisser du temps et de poser des questions ouvertes pour ne pas influencer les réponses. J'ai rappelé, lorsque c'était nécessaire, que l'entretien était anonyme et leurs propos confidentiels.

-liées au manque d'expérience de l'intervieweur et à la conduite des entretiens :

Il s'agissait pour moi de mon premier travail de recherche qualitative. Le fait d'avoir réalisé au préalable un « guide d'entretien » m'a aidé pour avoir un fil conducteur, mais mon expérience pour les entretiens semi-dirigés était limitée. Grâce à la « cellule qualitative » organisée par le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale de la faculté de Nice, qui m'a apporté une aide précieuse, j'ai pu améliorer ce « guide d'entretien ».

-liées à la population étudiée : représentativité de l'échantillon :

L'échantillon se compose majoritairement de femmes, il y a 14 femmes et 4 hommes médecins généralistes qui ont répondu à ce questionnaire (bien que la profession soit de plus en plus féminine actuellement), et majoritairement de médecins « pro-vaccination » 17 médecins étaient « pro-vaccination » contre un médecin « anti-vaccination ».

-biais de sélection : Il s'agit d'un recrutement mixte : un recrutement par échantillonnage raisonné puis un recrutement par boule de neige.

Initialement je voulais interroger uniquement les médecins généralistes qui suivent des grossesses sur Nice et ses alentours. Mais, d'une part, ils sont peu nombreux et, d'autre part, parmi eux, rares

sont ceux qui ont accepté de participer à cette étude ; c'est pourquoi nous avons élargi les critères d'inclusion aux médecins généralistes qui prennent en charge des femmes enceintes lors de pathologies intercurrentes.

Le fait que les médecins qui ont participé à cette étude, pour la majorité, ont accepté, car ils trouvaient le sujet intéressant, ou alors il s'agissait de médecins qui participaient à la formation universitaire à la faculté de médecine de Nice. Ne sont pas forcément représentatifs de la population de médecine générale et que probablement ils sont plus sensibilisés à la vaccination.

-biais d'interprétation : biais d'analyse de l'entretien :

Dans une recherche qualitative, nous sélectionnons les indices pertinents dans le discours, sans traiter exhaustivement toutes les informations, ainsi, il est possible de ne pas sélectionner certains indices importants ou au contraire choisir des éléments non significatifs.

Pour éviter la subjectivité et augmenter la pertinence des indices retenus, l'analyse des données peut être réalisée par plusieurs chercheurs (« triangulation des données »).

J'ai réalisé ma thèse seule et non en binôme, et avec les moyens et le temps d'une thèse de médecine : la triangulation des données fut limitée.

L'analyse des entretiens fut relue par ma directrice de thèse pour éviter ces biais d'analyse et ainsi avoir un second regard sur celle-ci.

3.CONCLUSION

L'infection grippale est un véritable problème de santé publique, du fait de sa fréquence et des complications, notamment chez les femmes enceintes. Les médecins généralistes interrogés dans le cadre de notre étude sont conscients de la faible couverture vaccinale des femmes enceintes et ce, malgré leur connaissance des recommandations de l'HCSP de 2012 concernant la vaccination anti grippale.

Ils pensent que l'ensemble du corps médical est concerné : les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes mais également les pharmaciens et les infirmières.

Il semble que la pluridisciplinarité de la prise en charge de la femme enceinte puisse constituer un frein, de même que le faible recours des femmes enceintes à leurs généralistes.

Le contexte sociétal « anti vaccination », associé aux positions anti vaccin d'une minorité du corps médical, aggrave ce phénomène.

Dans l'étude, les praticiens ont proposé des pistes pour améliorer la couverture vaccinale des femmes enceintes. Une campagne de sensibilisation auprès des médias par des professeurs reconnus pourrait contribuer à faire évoluer la position des patientes. La mise en place de logiciels permettant un rappel de cette vaccination pourrait faciliter la pratique vaccinale parfois oubliée lors de consultations chronophages.

D'autres propositions évoquaient les formations concernant la vaccination et le soutien de la CPAM par l'envoi d'un bon de prise en charge au domicile des patientes.

L'avènement du DMP pourrait être un outil intéressant pour améliorer la communication entre les différents intervenants.

Afin de promouvoir cette vaccination, une proposition de prospectus semblant être complémentaire à celui de la sécurité sociale datant de 2014 a été réalisé au cours de ce travail de thèse.

En conclusion, il est donc primordial de continuer les campagnes de prévention et d'étayer les explications concernant les bénéfices de la vaccination afin de faire prendre conscience du danger que peut représenter la grippe sur la grossesse.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour.

Alors au début j'ai quelques questions quantitatives pour caractériser l'échantillon de cette thèse.

Quel est votre sexe ? Quel est votre âge ?

En quelle année avez-vous passé votre thèse de doctorat et dans quelle faculté de Médecine ?

Avez-vous suivi une ou plusieurs formations spécifiques en plus du cursus classique (en particulier le DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique) ?

Avez-vous exercé à l'hôpital avant d'avoir eu une activité libérale en cabinet ?

Votre activité est-elle : urbaine, rurale ou semi-rurale ? Préciser votre lieu d'exercice.

Suivez-vous des femmes enceintes ou assurez-vous vous-même le suivi obstétrical de vos patientes ?

Combien de patients au total suivez-vous dans votre cabinet ? et en moyenne combien de femmes enceintes par an ?

Alors maintenant je commence le guide d'entretien semi-dirigé :

D'après vous, qui doit s'occuper de la vaccination antigrippale de la femme enceinte ?

Que pensez-vous de la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes ? Comment la décrieriez-vous ?

Quelles sont vos pratiques en termes de vaccination antigrippale chez les femmes enceintes ?

Pour mémoire : Le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) recommande à titre pérenne dans son avis du 16 février 2012 que la population éligible à la vaccination contre la grippe saisonnière soit étendue aux populations suivantes : Les femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse.

Que pensez-vous du rappel en 2016 de ces recommandations ?

Ces recommandations ont-elles permis de changer vos pratiques ? (Si oui comment ?)

Quels sont les freins à la vaccination antigrippale des femmes enceintes dans votre cabinet ?

Selon vous, comment pourrait-on améliorer la couverture vaccinale ? Par quels moyens ?

Alors question personnelle : Vous êtes-vous déjà vacciné contre la grippe ? Et éventuellement lors d'une grossesse ?

Questions subsidiaires :

Avez-vous déjà eu des patientes enceintes atteintes de la grippe saisonnière ?

Selon vous quelles sont les complications materno-fœtales les plus à craindre ?

Dernière question : Qu'est-ce qui vous a motivé pour participer à cette thèse ? Etes-vous satisfait de cet entretien ? Avez-vous des remarques, des critiques ou des réflexions à apporter ?

Annexe 2 : Retranscription Entretien M05

Bonjour alors tout d'abord j'ai un questionnaire quantitatif afin de caractériser l'échantillon de cette thèse qualitative.

La première question est : Quel est votre sexe ? Quel est votre âge ?

Euh féminin et 32 ans.

En quelle année avez-vous passé votre thèse de doctorat et dans quelle faculté de Médecine ?

En 2014 à Nice.

Avez-vous suivi une ou plusieurs formations spécifiques en plus habituel, en particulier le DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique ?

Oui exactement, tout à fait et celui de médecine esthétique également à Nice.

Ok. Avez-vous exercé à l'hôpital avant d'avoir eu une activité libérale en cabinet ?

Non, hormis l'internat.

Votre activité est-elle : urbaine, rurale ou semi-rurale ? Préciser votre lieu d'exercice.

Urbaine, à Cagnes-sur-Mer.

Suivez-vous des femmes enceintes ? Assurez-vous vous-même le suivi obstétrical de vos patientes ?

Suivi obstétrical non. Par contre j'ai des femmes enceintes dans ma patientèle, qui viennent me voir jusqu'à 4 mois pour des désagréments ou autre et à partir de 4 mois elles vont voir l'obstétricien.

D'accord. Combien de patients au total suivez-vous dans votre cabinet ? et en moyenne combien de femmes enceintes par an ?

Alors j'ai 754 patients déclarés dans ma patientèle et une dizaine de femmes enceintes que je vois régulièrement là.

D'accord. Alors maintenant je commence le guide d'entretien semi-dirigé :

D'après vous, qui doit s'occuper de la vaccination antigrippale de la femme enceinte ?

C'est une très bonne question ! Parce que nous on les voit en parallèle ou en complément de l'obstétricien ; mais je pense que l'obstétricien ça devrait faire partie en effet de ses recommandations de vaccination. Par ce que j'ai eu le cas de figure de 2 patientes (femmes enceintes) qui sont venues me voir dans les 15 derniers jours, donc c'est un petit peu tard et que je n'ai pas vu avant. Elles auraient pu bénéficier de la vaccination en effet si elle avait été prescrite par l'obstétricien. Donc je pense en effet qu'il faut profiter de l'obstétricien qui les voit de façon mensuelle, pour prôner la vaccination. Puis nous on arrive en complément, mais comme on les voit de façon ponctuelle.

Et si la grossesse est suivie par une sage-femme ?

Si la grossesse est suivie par une sage-femme je pense que les recommandations ne changent pas, si elle les voit mensuellement. En fait, il faut que la vaccination soit prescrite par la personne qui suit mensuellement la patiente, médecin ou sage-femme (car elle la verra en temps et en heure pour la vaccination). Donc si c'est le médecin généraliste, mais moi je ne le fais pas, c'est le médecin généraliste qui vaccine en effet.

Ok. Que pensez-vous de la couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes ?

Elle est très mauvaise. La preuve mes 2 patientes n'étaient pas vaccinées, on ne leur en avait même pas parlé.

Très mauvaise c'est-à-dire ? Pouvez-vous détailler un petit peu…

Alors je pense que les patientes ne sont pas au courant qu'il faut qu'elles se fassent vaccinées. Y'a pas de consultation dédiée, on n'a pas besoin de ça mais elles ne sont pas systématiquement informées, aux mois d'octobre-novembre quand on commence le protocole vaccinal. Je pense qu'elles ne sont pas informées donc elles ne le devinent pas. Et celles qui le sont c'est par les médias à la télé et non par les professionnels de santé.

Sur mes 10 patientes y'en a pas une seule qui a été vaccinée par le gynéco.

Quelles sont vos pratiques en termes de vaccination antigrippale chez les femmes enceintes ?

Ben moi je leur propose spontanément et systématiquement ! Je suis pro vaccination mais ce n'est pas le problème. Donc si je les vois je leur propose.

D'accord. Pour mémoire : Le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) recommande à titre pérenne dans son avis du 16 février 2012 que la population éligible à la vaccination contre la grippe saisonnière soit étendue aux populations suivantes : Les femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse.

Que pensez-vous du rappel en 2016 de ces recommandations ?

Elles sont bonnes. C'est très bien. J'avais connaissance de ces recommandations mais pas du rappel en 2016. J'étais au tout début de ma pratique et pour moi c'était logique depuis mon passage en gynéco.

Ces recommandations ont-elles permis de changer vos pratiques ? (Si oui comment ?)

Ben non. Moi depuis l'internat, c'est logique de vacciner ces femmes enceintes.

Ok. Quels sont les freins à la vaccination antigrippale des femmes enceintes dans votre cabinet ?

Alors toujours la crainte si c'est mauvais par rapport au bébé, mais on leur dit que ça ne craint rien du tout ; au contraire elles vont le protéger. Et puis la crainte, toujours pareil, des composants du vaccin.

Et le fait qu'elles soient suivies par un obstétricien ça vous freine ?

Non car ce sont des patientes que je connais, que je suis, je connais leurs problèmes de santé.

Si elles ne sont pas allergiques et que y'a pas de contre-indication au vaccin je leur propose en parallèle du gynéco. Par contre si c'est moi qui leur propose, c'est moi qui les vaccine. C'est comme ça que ça se passe. Le gynéco ne se mêle pas trop à ça si il n'est pas le primo prescripteur. Je n'ai jamais eu le cas, mais je pense que c'est un peu compliqué de leur faire vacciner les patientes, dans ce cas-là ils préfèrent que ce soit le médecin traitant.

Selon vous, comment pourrait-on améliorer la couverture vaccinale ? Par quels moyens ?

Je pense par l'information des professionnels de santé concernés. Je pense en effet qu'un petit rappel chez le gynéco ou la sage-femme. Je pense que c'est surtout ça ! Car les médecins qui sont avertis des bienfaits du vaccin, vont vacciner leurs patientes. Donc c'est surtout via les professionnels. Après les messages, elles les ont via la télé, on voit régulièrement femmes enceintes faites-vous vacciner ! Don moi j'en ai eu quelques-unes qui sont venues me voir suite à ces messages là à la télé. Je pense que les pubs sont suffisantes, mais peut-être axer sur la formation des professionnels de santé.

D'accord. D'autres moyens ?

On peut l'étendre au pharmacien. Puis les brochures ça rentre dans le cadre des publicités.

Ok. Que pensez-vous des posters et prospectus en salle d'attente ?

Oui c'est bien, car elles ont le temps de le lire et en effet quand c'est dans une salle d'attente chez un professionnel de santé, elles ont confiance ; ce n'est pas une pub dans n'importe quelle rue.

Et le courrier de la sécurité sociale à leur domicile ?

Oui ça sert aussi.

Vous avez déjà eu des patientes qui vont présenter ce papier ?

Non, aucune ! Et je n'ai jamais vu passer ce courrier !

Et les visiteurs des laboratoires pharmaceutiques ?

Non ça, ça ne fonctionne pas !

Et les panneaux publicitaires et publicités à la radio ?

Oui oui aussi.

Ok. Question personnelle : Vous êtes-vous déjà vaccinée contre la grippe ?

Oui tout à fait !

Et éventuellement lors d'une grossesse … ?

Y'en a pas eu pour le moment. (Rire) mais je le ferais pour moi c'est clair !

Avez-vous déjà eu des patientes enceintes atteintes de la grippe saisonnière ?

Oui, mais non compliquées.

Selon vous quelles sont les complications materno-fœtales les plus à craindre ?

Déjà la MAP (menace d'accouchement prématuré), l'hyperthermie et donc tout ce qui s'en suit … la MFIU (mort fœtale in utéro). Donc pour le bébé prématurité et MFIU sont les principales complications.

Pour la maman, pneumopathie etc. mais ça ça se traite très bien avec les antibiotiques pendant la grossesse, y'a pas de soucis.

D'accord dernière question : Qu'est-ce qui vous a motivé pour participer à cette thèse ? Etes-vous satisfait de cet entretien ? Avez-vous des remarques, des critiques ou des réflexions à apporter ?

Non, non très bien ! Ben moi ce qui m'a motivé c'est le côté gynécologique car j'aime bien, je m'occupe de quelques femmes enceintes que je vois passer au cabinet. Donc c'est toujours important. Et en tant que médecin traitant et généraliste prescripteur de vaccin on est au centre de l'action, mais c'est vrai qu'on est au centre quand on voit les patientes au cabinet. Après c'est vrai qu'elles ne multiplient pas les RDV ce qui est normal chez les professionnels ; elles ont déjà leur RDV tous les mois chez leur gynéco, leur échographie donc en général, on ne les voit pas spécialement pendant les 9 mois de grossesse sauf si elles sont malades. Voilà ! donc pas de remarques particulières.

Merci beaucoup d'avoir participé à cet entretien.

Annexe 3 : Fiche information vaccination antigrippale spécial femmes enceintes

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Vaccination antigrippale
SPECIAL FEMMES ENCEINTES
ET MAMANS DE NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS

L'Assurance Maladie

En se vaccinant, elles protègent aussi leur bébé

FEMMES ENCEINTES, POURQUOI SE FAIRE VACCINER CONTRE LA GRIPPE ?

Quand tout l'organisme d'une femme enceinte se mobilise au développement d'un bébé, cela peut la rendre plus vulnérable face à certaines maladies infectieuses, comme la grippe. En effet, **son système immunitaire, en s'adaptant à la présence du bébé qu'elle porte, perd en capacité à combattre les infections.**

De plus, pendant une grossesse, le cœur et les poumons sont plus sollicités que d'habitude pour fournir du sang et de l'oxygène au bébé, ce qui **augmente le risque de développer des complications grippales**.

Dans ces conditions, pas question de prendre le moindre risque. La protection contre la grippe s'impose !

Les futures mamans peuvent faire barrage au virus de la grippe grâce à la vaccination.

Il faut aussi souligner qu'une femme enceinte qui se fait vacciner contre la grippe pendant la grossesse, **immunise son bébé in utero mais aussi une fois né,** pendant les 6 premiers mois de sa vie*.



« J'ai accouché début juillet d'un beau petit garçon. Au début de ma grossesse au mois de novembre, je me suis fait vacciner contre la grippe pour me protéger moi-même et pour protéger mon bébé avant et après sa naissance. Je serais prête à le refaire si j'étais à nouveau enceinte. »

Marie





Les Docteurs Anne-Sophie Duclos-Bouthors et Véronique Houfflin-Debarge, respectivement anesthésiste-réanimateur et gynécologue-obstétricien à la maternité Jeanne de Flandre de Lille, répondent aux questions que se posent les femmes enceintes :

Pourquoi une future maman doit-elle se faire vacciner ? Et à partir de quel mois de grossesse ?

Il est recommandé aux futures mamans de se faire vacciner dès octobre, avant l'arrivée de l'épidémie, pour prévenir les complications respiratoires graves qui atteignent plus fréquemment les femmes enceintes. En se vaccinant, elles protègent aussi leur nouveau-né pendant les premiers mois de vie. On peut se faire vacciner à tout moment durant la grossesse et même après l'accouchement.

N'y a-t-il pas d'autres façons de se protéger ?

Tout d'abord, la vaccination constitue le seul moyen efficace et sûr de prévention contre la grippe. Ensuite, les mesures barrières (port du masque en présence d'une femme enceinte ou d'un nouveau né cas en de signes de grippe, lavage des mains etc…) restent essentielles pour limiter la contamination. Une fois la grippe déclarée, l'hospitalisation s'impose parfois avec nécessité d'un traitement beaucoup plus lourd.

Si la vaccination permet de protéger un nourrisson au cours des six premiers mois, quel est son intérêt quand il s'agit d'un enfant qui ne va pas en crèche et sort peu ?

Même un nourrisson qui a peu de contacts avec l'extérieur peut attraper la grippe. Le cercle familial est en effet la principale source de contamination… surtout s'il a des frères et sœurs. La vaccination de sa maman pendant la grossesse permet de faire barrage au virus de la grippe pendant ses 6 premiers mois.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Vaccination antigrippale
SPECIAL FEMMES ENCEINTES
ET MAMANS DE NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS

L'Assurance Maladie

Femme enceinte vaccinée = maman et bébé protégés jusqu'à l'âge de 6 mois

Depuis le 16 février 2012, **le Haut Conseil de la Santé Publique recommande la vaccination grippale des femmes enceintes quel que soit leur trimestre de grossesse**. De nouvelles données scientifiques ont en effet démontré que cette mesure est sûre, efficace et qu'elle peut protéger leur bébé :

- Une réduction des épisodes pulmonaires fébriles est démontrée chez la femme enceinte.
- Le passage des anticorps maternels permet de protéger les bébés du risque de grippe durant leurs six premiers mois. Selon une étude, l'efficacité de cette protection dépasse 90%*.

TOLÉRANCE

Le vaccin antigrippal est bien supporté chez les femmes enceintes et le bébé qu'elles portent, et ce quel que soit le trimestre de leur grossesse.
Les évènements indésirables le plus fréquemment observés sont le plus souvent bénins et transitoires : par exemple céphalées, réactions au site d'injection, etc.
Aucun effet néfaste sur le déroulement de la grossesse (risque d'avortement) ou sur le développement du fœtus n'a été relevé*.

EFFICACITÉ

La réponse immunitaire à la vaccination antigrippale pratiquée chez les femmes enceintes est comparable à celle observée en dehors de la grossesse.

EN PRATIQUE



Le vaccin contre la grippe des femmes enceintes, c'est simple et gratuit :

L'Assurance Maladie prend en charge à 100 % le vaccin contre la grippe saisonnière pour les femmes enceintes.

- Elles sont invitées à se rendre chez leur médecin traitant, leur gynécologue obstétricien ou leur sage-femme qui pourra leur prescrire le vaccin **dès octobre. Il faut compter environ 15 jours entre la vaccination et le moment où l'organisme est protégé contre la grippe**. Il est donc inutile d'attendre les premiers froids ou le début de l'épidémie de grippe.
- Le médecin ou la sage-femme leur remettra un imprimé complété à leur nom, avec lequel elles pourront retirer gratuitement le vaccin en pharmacie d'officine.

** HCSP - Vaccination contre la grippe saisonnière - Actualisation des recommandations pour les femmes enceintes et les personnes obèses – Rapport du groupe de travail – 16 février 2012*

Contact presse :
Céline Robert-Tissot
celine.robert-tissot@cnamts.fr - Téléphone : 01 72 60 13 37

Annexe 4 : Proposition de prospectus destiné aux femmes enceintes réalisé par Julie Pocthier



La vaccination anti grippale chez la femme enceinte

Je suis enceinte, et si je me protégeais contre la grippe saisonnière… ?

Savez-vous qu'en France la vaccination anti grippale est particulièrement recommandée chez les femmes enceintes depuis 2012 par le Haut Conseil de Santé Publique ?
Et que seulement 9 % des femmes enceintes sont vaccinées contre la grippe…

Pourquoi une si faible couverture vaccinale ?

Par un manque d'information et de communication.

Quels sont les risques si j'attrape la grippe pendant ma grossesse (pour moi et pour mon futur bébé) ?

Il existe des modifications immunologiques induites par la grossesse pouvant être l'origine d'une susceptibilité accrue aux infections virales graves. Donc une femme est considérée comme plus fragile durant sa grossesse.
Les femmes enceintes qui attrapent la grippe ont 7 fois plus de risque d'être hospitalisées pour des complications pulmonaires et cardiaques.
N'oublions pas que la grippe peut-être une maladie mortelle !
Sur le plan obstétrical : on observe une augmentation des risques de fausse couche, d'accouchement prématuré, de mort fœtale in utero.



Le vaccin anti grippal représente-t-il un danger pour ma grossesse ?

Non. Il s'agit d'un vaccin inactivé dont la composition est définie tous les ans par l'OMS. La seule contre-indication est l'allergie à l'œuf.
De nombreuses études ont été réalisées sur plusieurs centaines de milliers de femmes enceintes et aucun risque de maladie maternelle, de fausse couche, de retard de croissance in utero, de malformation congénitale, ou de syndrome de Guillain Barré n'a été retrouvé.

Le vaccin est-il efficace ?

Oui dans 50 % des cas en moyenne, car le virus de la grippe saisonnière change chaque année et donc la composition du vaccin doit être régulièrement ajustée.
En plus de protéger la future maman, il protège également l'enfant qui va naître durant ses 3 à 6 premiers mois de vie ; puisque les anticorps maternels traversent le placenta. A savoir que, durant cette période le nouveau-né a plus de risque de développer des complications graves pouvant aller jusqu'au décès et être hospitalisé s'il attrape la grippe, or pour le moment aucune recommandation ne propose la vaccination anti grippale chez les nourrissons de moins de 6 mois.

A quel moment puis je me faire vacciner ? Et par qui ?

La vaccination anti grippale peut se faire à tout moment de la grossesse (peu importe le terme) en période pré épidémique.
Elle peut être prescrite et réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.
Donc n'hésitez pas à leur en parler !



Références bibliographiques

1. Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. UE6N°162Grippe. ECN.PILLY. 5e édition. Paris : Edition ALINÉA Plus, 2018.

2. Anselem O, Floret D, Tsatsaris V, Goffinet F, Launay O. Grippe au cours de la grossesse. Presse Médicale. Nov 2013 ; 42 (11) : 1453-60.

3. Communiqués de presse conjoint : -du Groupe « Vaccination et Prévention » de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française ; -du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ; -du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Vacciner la femme enceinte contre la grippe : protéger la mère, protéger l'enfant à naître. 10/11/2016. [Internet]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/vacciner-la-femme-enceinte-contre-la-grippe-proteger-la-mere-proteger-lenfant-a-naitre/ http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/comm-presse-vacc-grippe-grossesse20151113.pdf

4. Dubar G, Launay O, Batteux F, Tsatsaris V, Goffinet F, Mignon A. Grossesse et grippe pandémique A(H1N1) 2009. Actualités pour les anesthésistes réanimateurs. Ann Fr Anesth Réanimation. 2010 ; 29 (2) : 126 34.

5. Charlier C, Launay O, Coignard-Biehler H, Lecuit M, and Lortholary O. Faut-il avoir peur de la grippe chez la femme enceinte ? Med Sci (Paris). 2010 ; 26 (1) : 100–104.

6. CRAT. Centre de Référence des Agents Tératogènes. Oseltamivir - Grossesse et allaitement, mise à jour le 14 février 2018. [Internet]. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=oseltamivir

7. CRAT. Centre de Référence des Agents Tératogènes. Zanamivir – Grossesse et allaitement, mise à jour le 26 janvier 2018. [Internet]. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=zanamivir

8. World Health Organization. « Vaccines against influenza WHO position paper—November 2012 », Weekly Epidemiological Record 87,2012 ; no 47 : 461–476.

9. Kernéis S et Loubet P. Vaccination antigrippale et grossesse –Novembre 2015 –Groupe Vaccination et Prévention de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française). Document à destination des professionnels de santé. CIC 1417 ; I-REIVAC ; Fédération d'Infectiologie, Hôpital Cochin, Paris : Novembre 2015. [Internet]. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/texte-de-reference-vacc-grippe-grossesse20151104.pdf

10. CRAT. Centre de Référence des Agents Tératogènes. Vaccin injectable contre la grippe - Grossesse et allaitement, mise à jour le 15 octobre 2018. [Internet]. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=915.

11. Madhi SA, Cutland CL, Kuwanda L, Weinberg A, Hugo A, Jones S, « et al. ». Influenza Vaccination of Pregnant Women and Protection of Their Infants. N. Engl. J. Med. 2014 ; 371 : 918-31.

12. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E, « et al. ». Effectiveness of Maternal Influenza Immunization in Mothers and Infants. N. Engl. J. Med. 2008 ; 359 : 1555-64.

13. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à l'actualisation des recommandations de la vaccination contre la grippe saisonnière : femmes enceintes et personnes obèses. 16 février

2012. [Internet]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=260

14. Launay O. Institut Pasteur. La vaccination antigrippale H1N1 protège à la fois la femme enceinte et le nouveau-né. Communiqué de presse. Paris ; 19/12/2011. Mise à jour le 23 septembre 2013. [Internet]. Disponible sur: https://www.pasteur.fr/fr/vaccination-antigrippale-h1n1-protege-fois-femme-enceinte-nouveau-ne

15. Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe (GEIG). Bilan de la vaccination antigrippale en France (hiver 2017-2018). [Internet]. Disponible sur: http://www.grippe-geig.com/couverture-vaccinale.html

16. Guthmann JP, Fonteneau L, Levy Bruhl D. Santé Publique France. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. 2012 ; 98 p. Publié le 1 Octobre 2012. Mis à jour le 9 septembre 2019. [Internet]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/rapport-synthese/mesure-de-la-couverture-vaccinale-en-france.-sources-de-donnees-et-donnees-actuelles

17. Sécurité Sociale. L'Assurance Maladie. Hiver 2018 : Prévenir la grippe : la vaccination et les bons gestes. Caisse : Alpes-Maritimes.09 août 2019. ameli.fr pour les assurés. [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/assure/sante/themes/grippe/prevention

18. Sécurité Sociale. L'Assurance Maladie. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2018-2019. Caisse : Alpes-Maritimes.28 août 2019.ameli.fr pour les sages-femmes. [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/services-patients/vaccination-grippe-saisonniere

19. LARSON H.J, SMITH D.M, PATERSON P, « et al. ». Measuring vaccine confidence : analysis of data obtained by a media surveillance system used to analyse public concerns about vaccines. Lancet Infect. Dis.,2013 ; 13 : 606-13.

20. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working Group.Report of the SAGE Working Groupon vaccine hesitancy. Octobre 2014. [Internet]. Disponible sur: www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf?ua=1.

21. World Health Organization. Vaccination and trust. How concerns arise and the role of communication in mitigating crises. 2017. [Internet]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/329647/Vaccines-and-trust.PDF

22. LARSON H.J, DE FIGUEIREDO A, XIAHONG Z, « et al. ». The state of vaccine confidence 2016 : global insights through a 67-country survey. EBioMedicine,2016 ; 12 : 295-301.

23. NUGIER A, LIMOUSI F, LYDIÉ N. Vaccine criticism : presence and arguments on French-speaking websites. Méd. Mal. In-fect.,2018 ; 48 : 37-43.

24. Larson HJ « et al. ». Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective : a systematic review of published literature, 2007-2012. Vaccine 2014 ; 32 : 2150-9.

25. VIÉ LE SAGE F, Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), Groupe indépendant d'experts en vaccinologie (Infovac). Vaccin HPV : blocages et hésitations, que faire ?

Infectiologie.Gynécologie &Pratique.06 fév. 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/0014344-vaccin-hpv-blocages-et-hesitationsque-faire

26. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport sur la vaccination. Novembre 2016. [Internet]. Disponible sur: http://concertation-vaccination.fr/la-restitution

27. Conseil d'état. Décision N°397151. Communiqué : avis du 8 février 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/vaccination-obligatoire-et-adjuvants

28. Loi n° 2017-. 1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018. Article 49. [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/2017-1836/jo/article_49

29. PATTE M, LEVY C, BECHET S, COHEN R,. Infovac-France. « Perception de l'hésitation vaccinale par les médecins impliqués dans la vaccination : l'enquête Infovac », ou « Défiance vaccinale en France », Médecine& enfance, octobre 2018 ; 219-223. [Internet]. Disponible sur: https://www.infovac.fr/docman-marc/public/hesitation/1496-article-enquete-infovac/file

30. Genthialon A-C. Qui sont les anti-vaccins? Le Parisien Magazine. Le 16 mars 2017 à 15h23, modifié le 17 mars 2017 à 11h36. [Internet]. Disponible sur: http://www.leparisien.fr/week-end/qui-sont-les-anti-vaccins-17-03-2017-6764910.php

31. Collange F, Fressard L, Verger P « et al. ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Etudes et résultats. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Mars 2015 ; (910) : 1-8. [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf

32. Napolier F. « La vaccination est un homicide involontaire » : la nuisance des antivaccins. egora.fr. 02/02/2016. [Rediff] le 29/06/2018. [Internet]. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-pro/medicaments/17894-la-vaccination-est-un-homicide-involontaire-la-nuisance-des-anti-vaccins?fbclid=IwAR0xcHDzz0y0mVG1F_p0ba2iTY-HxJdYRypM4de0w6mbBypKHgISRNWhAnM&page=0%2C1

33. Clarac M. Pourquoi certains médecins sont-ils contre la vaccination ? La polémique sur le bien-fondé de la vaccination revient régulièrement sur le devant de la scène. Qui faut-il croire ? Qui faut-il écouter ? Interview du Dr Eric Ménat, médecin généraliste. Santé Magazine.23 nov. 2010. [Internet]. Disponible sur: https://www.santemagazine.fr/traitement/medicaments/vaccins/pourquoi-certains-medecins-sont-ils-contre-la-vaccination-176824

34. Napolier F. Ces médecins contre l'obligation vaccinale : « De l'obligation naît la défiance ». egora.fr. Le 16/11/2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-pro/politique-de-sante/33860-ces-medecins-contre-l-obligation-vaccinale-de-l-obligation-nait

35. Henry A. Antivaccins : un médecin généraliste suspendu pour avoir réalisé un certificat de complaisance. Top Santé. 06/01/2019. [Internet]. Disponible sur: https://www.topsante.com/maman-et-enfant/enfants/sante-des-enfants/anti-vaccins-un-medecin-generaliste-suspendu-pour-avoir-realise-un-certificat-de-complaisance-629979

36. Thibert C. Un médecin sanctionné pour avoir délivré un certificat de contre-indication à la vaccination. Le figaro.fr rubrique santé. 04/01/2019. [Internet]. Disponible sur: http://sante.lefigaro.fr/article/un-medecin-sanctionne-pour-avoir-delivre-un-certificat-de-contre-indication-a-la-vaccination/

37. Georget M,. Groupe médical de réflexion sur les vaccins. Qui aime bien, vaccine peu ! Faire un choix adapté. Suisse Romande : Editions Jouvence ; 2018.

38. Institut pour la protection de la santé naturelle : le droit de se soigner autrement. Vaccins et autisme, les explications du Dr Michel de Lorgeril.23/03/2018. [Internet]. Disponible sur: https://www.ipsn.eu/vaccins-autisme-explications-dr-michel-de-lorgeril/

39. Bruno L. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Grippe. Améliorer les moyens de lutte contre une maladie pas si banale. Information en santé. Dossiers d'information. 2012.Centre international de recherche en infectiologie (unité Inserm 1111 – CIRI), Lyon. Mise à jour le 01.09.17 [Internet]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/grippe

40. Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison2017-2018. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ; (34) : 664-74.

41. Santé publique France. Dossier thématique. Grippe. Mise à jour le 5 juillet 2019. [Internet]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/publications/#tabs

42. Equipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2016-2017. BEH22 2017 ; (22) : 465-489.

43. Santé publique France. EPIDÉMIES HIVERNALES -SAISON 2017-2018.SURVEILLANCE DE LA GRIPPE EN RÉGION PACA, SAISON 2017-2018.Bulletin de santé publique. Provence -Alpes Côte d'Azur - Corse. Décembre 2018 ; p1-7. [Internet]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-12/BSP_EH_20172018.pdf

44. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé). La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 : Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017. [Internet]. Disponible sur: http://www.xn--epop-insermebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales.

45. Frappé P. Initiation à la Recherche. Mayenne : GMSanté et CNGE ; 2011.

46. Pope C, Mays N. Quality in qualitative research. In : Pope C, Mays N, Qualitative Research in Health Care. Oxford : Blackwell Publishing ; 2006. p. 82-101.

47. Kaufman JC. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. Paris : Armand Colin ; 2008.

48. MAILHEAU PLARD, Carine. Les médecins généralistes et la vaccination antigrippale. Enquête d'opinion et de pratique menée auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées pendant l'hiver 2013-2014.Thèse de médecine. Université Toulouse III — Paul Sabatier ; 2014.

49. Botas, Nicolas. Vaccination antigrippale chez la femme enceinte : représentations du Médecin Généraliste. Impact des recommandations vaccinales de 2012 sur les pratiques des Médecins Généralistes dans la Région Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université de Lille 2 Droit et Santé ;2016.

50. Caroux, Alice. Quels sont les freins à la vaccination anti grippale chez les femmes pendant leur grossesse ? Thèse de médecine. Université de Lille ; 2015.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admis(e) 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Depuis les recommandations en 2012 du Haut Conseil de la Santé Publique, la vaccination anti grippale est recommandée en France chez toutes les femmes enceintes afin de prévenir les grippes graves, à la fois chez la mère et chez l'enfant à naître. Du fait d'un faible taux de vaccination, ces recommandations ont été rappelées en 2016. A ce jour, le nombre de femmes vaccinées pendant leur grossesse reste insuffisant (7,4% en 2016 en France selon l'Enquête Nationale Périnatale de l'Inserm).

L'objectif de cette étude qualitative est de déterminer, à partir de 18 entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes, les freins à la vaccination, l'impact des recommandations et les possibilités à envisager pour promouvoir la vaccination.

Ces entretiens concernaient des médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes, assurant le suivi de grossesses ou prenant en charge des femmes enceintes lors d'infections intercurrentes.

Les médecins interrogés pour cette étude ont conscience du faible taux de couverture vaccinale antigrippale chez les femmes enceintes et connaissent les recommandations de l'HCSP de 2012 : la majorité d'entre eux sont favorables à cette vaccination. Cependant, ils rencontrent plusieurs difficultés, en premier lieu celle de la pluridisciplinarité qui entoure la prise en charge de la femme enceinte. Ils voient très rarement celle-ci en consultation lors de sa grossesse et n'osent pas interférer dans la prise en charge de leurs confrères spécialistes. A l'avenir, le dossier médical partagé (DMP) permettra peut-être d'avoir une meilleure coordination des soins entre les intervenants. D'autres ne pensent pas systématiquement à aborder le sujet, faute de temps, ou lorsque la consultation se déroule en dehors de la période grippale. Le contexte sociétal anti vaccination, associé aux positions anti vaccin d'une minorité du corps médical, aggrave ce phénomène.

Pourtant, il est primordial de vacciner les femmes enceintes qui accouchent en automne- hiver car cela permet de protéger leur nourrisson jusqu'à ses 6 premiers mois de vie. Les femmes enceintes étant très préoccupées par la santé de leur bébé, la mise en avant de ce bénéfice doit être un argument clé pour les convaincre de se faire vacciner. Un dossier médical informatisé, programmé avec des notes de rappel automatique à l'insertion de la carte vitale d'une patiente enceinte, ou l'utilisation d'applications de suivi comme GESTACLIC, permettraient de faciliter la pratique vaccinale.

La plupart des médecins interrogés étaient demandeurs d'informations et de formations complémentaires sur ce sujet et souhaiteraient des bons de prise en charge adressés à la patiente à son domicile par la CPAM, et des brochures d'information.

Il est important de continuer les campagnes de prévention et d'étayer les explications pour la femme enceinte et l'enfant à naitre concernant l'intérêt de la vaccination, afin de faire prendre conscience à tous du danger que peut représenter la grippe sur la grossesse.

Mots clés : femmes enceintes, grossesse, vaccination antigrippale, recommandations HCSP