



HAL
open science

Stratégies de communication des médecins généralistes face à l'hésitation vaccinale

Marie Chaussade

► **To cite this version:**

Marie Chaussade. Stratégies de communication des médecins généralistes face à l'hésitation vaccinale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02956399

HAL Id: dumas-02956399

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956399>

Submitted on 2 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie CHAUSSADE

Le 13/12/2018

TITRE :

« STRATEGIES DE COMMUNICATION DES
MEDECINS GENERALISTES FACE A
L'HESITATION VACCINALE »

Directrice de thèse : Mme Angélique MURY, Médecin généraliste

JURY

Président :

M. Michel AMOUYAL, Professeur des Universités de Médecine générale

Assesseurs :

M. Vincent LE MOING, Professeur des Universités, Praticien hospitalier

M. Éric JEZIORSKI, Maître de Conférence des Universités, Praticien hospitalier

Mme Angélique MURY, Médecin généraliste

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie CHAUSSADE

Le 13/12/2018

TITRE :

« STRATEGIES DE COMMUNICATION DES
MEDECINS GENERALISTES FACE A
L'HESITATION VACCINALE »

Directrice de thèse : Mme Angélique MURY, Médecin généraliste

JURY

Président :

M. Michel AMOUYAL, Professeur des Universités de Médecine générale

Assesseurs :

M. Vincent LE MOING, Professeur des Universités, Praticien hospitalier

M. Éric JEZIORSKI, Maître de Conférence des Universités, Praticien hospitalier

Mme Angélique MURY, Médecin généraliste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILLAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
 addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
 addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Recevez ici le témoignage de mon profond respect et de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Vincent LE MOING

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Éric JEZIORSKI

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Angélique MURY

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Merci de m'avoir soutenue et guidée tout au long de la réalisation de ce travail.

Tes conseils ont été précieux et m'ont permis de mieux comprendre la recherche qualitative.

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue et poussée à donner le meilleur, pour avoir été toujours là dans les moments de doute et de baisse de moral. Merci pour la fierté que je vois dans vos yeux. Et, maman, merci pour tes relectures attentives, tes corrections et tes conseils.

A mes sœur et frère, Anne et Etienne, pour votre présence et votre soutien, qui sont si précieux à mes yeux.

A William, merci pour ton soutien et ta patience, parce que cela n'a pas été tous les jours facile !

A mes amies de Dijon, Jennifer, Caroline et Eléonore, et aux souvenirs de ces premières années d'étude en votre compagnie, et, bien sûr, de toutes nos vacances sportives, passées tous ensemble avec **Fred et William**.

A Lula, pour ta relecture et pour m'avoir remotivée ! Sans oublier **Aboo et Lino** !

A Monsieur, le Docteur Jean-François CANNARD, pour m'avoir transmis votre passion et m'avoir donné envie de suivre votre chemin et d'exercer la médecine générale.

A Michèle, merci pour ta relecture, pour tes conseils et pour ta générosité et l'amour de ton métier que tu m'as transmis.

A mes co-internes, de Narbonne et de Montpellier, pour tous ces bons moments partagés.

A tous mes maîtres de stage, pour le partage de vos connaissances dont **Christelle BAILLET, Annie FOURQUET, Charline KELNER et Michel DAVID**.

SOMMAIRE

1/ INTRODUCTION.....	18
1.1/ HISTORIQUE DE LA VACCINATION ET DE SES CONTROVERSES.....	18
1.2/ DEFINITIONS.....	19
1.3/ CHOIX DU THEME.....	20
2/ MATERIEL ET METHODES.....	22
2.1/ BIBLIOGRAPHIE PREPARATOIRE.....	22
2.2/ PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ETUDE.....	22
2.3/ ASPECTS ETHIQUES.....	23
2.3.1 La Loi Jardé.....	23
2.3.2 Le consentement.....	23
2.4/ CHOIX DE LA METHODE.....	23
2.4.1 La recherche qualitative.....	23
2.4.2 Recueil de données par entretiens.....	24
2.4.2.1 La méthode.....	24
2.4.2.2 Réalisation pratique des entretiens.....	24
2.4.3 La population étudiée.....	25
2.4.3.1 Critères de sélection.....	25
2.4.3.2 Description de la population.....	26
2.4.4 La retranscription.....	27
2.4.5 L'analyse.....	28
2.4.5.1 La méthode.....	28
2.4.5.2 En pratique.....	28
3/ RESULTATS.....	29
3.1/ L'INFLUENCE DES FACTEURS INTRINSEQUES AUX PERSONNES DANS LA DECISION VACCINALE.....	29
3.1.1 Du côté des médecins.....	29
3.1.1.1 Les connaissances.....	29
3.1.1.2 Le degré de confiance dans les autorités sanitaires.....	32
3.1.1.3 La conviction du médecin.....	33
3.1.2 Du côté des patients.....	33
3.1.2.1 Discussion impossible avec patients « anti-vaccins ».....	33
3.1.2.2 Méfiance envers les autorités sanitaires.....	34

3.1.2.3 La théorie du complot.....	35
3.1.2.4 Méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques.....	36
3.1.2.5 Inquiétude des parents.....	37
3.1.2.6 Manque d'intérêt pour la vaccination.....	37
3.1.2.7 Evoquer la sexualité avec les parents.....	37
3.1.2.8 Le désaccord entre parents séparés.....	38
3.1.2.9 Manque de connaissance sur les mécanismes des vaccins.....	38
3.1.2.10 Peur de la piqûre.....	38
3.1.2.11 Manque de personnalisation de la prise en charge.....	38
3.1.2.12 La perception du risque.....	38

*Figure n°1 : Influence des facteurs intrinsèques aux personnes dans la décision vaccinale.....*39

3.2/ INFLUENCE DES FACTEURS EXTERIEURS AUX PERSONNES DANS LA DECISION VACCINALE.....40

3.2.1 Les médias.....	40
3.2.2 Le système de santé.....	40
3.2.2.1 L'extension de l'obligation vaccinale.....	40
3.2.2.2 Manque de communication sur la protection collective.....	42
3.2.2.3 Manque de consultation spécifique à la prévention.....	42
3.2.3 Le discours « anti-vaccination » d'autres professionnels de santé.....	43

*Figure n°2 : Influence des facteurs extérieurs aux personnes dans la décision vaccinale.....*43

3.3/ INFLUENCE DES FACTEURS LIES A L'ATTITUDE ET AU DISCOURS DU MEDECIN DANS LA DECISION VACCINALE.....44

3.3.1 Avec un patient hésitant.....	44
3.3.1.1 Importance de l'argumentaire.....	44
3.3.1.1.1 Mécanisme du vaccin.....	44
3.3.1.1.2 Balance bénéfico-risque.....	44
3.3.1.1.3 L'existence de cas.....	45
3.3.1.1.4 Arguments « affectifs ».....	45
3.3.1.1.5 Données épidémiologiques.....	47
3.3.1.1.6 La protection collective.....	47
3.3.1.1.7 La responsabilité des parents.....	47
3.3.1.1.8 La vaccination victime de son succès.....	47
3.3.1.1.9 Sur les adjuvants.....	48

3.3.1.10 Compter sur les autres n'est pas toujours suffisant.....	48
3.3.1.1.11 L'obligation vaccinale.....	48
3.3.1.2 Le « savoir-communiquer ».....	49
3.3.1.2.1 Attitude du médecin.....	49
3.3.1.2.2 Les techniques de communication utilisées pendant la consultation.....	54
3.3.1.2.3 Stratégies de construction d'une consultation.....	57
3.3.1.3 Utilité des supports de communication.....	59
3.3.2 Avec un patient spontanément favorable.....	62
3.3.2.1 Information rapide et succincte.....	62
3.3.2.2 Exploration des connaissances.....	63
<i>Figure n°3 : Influence des facteurs liés à l'attitude et au discours du médecin dans la décision vaccinale.....</i>	<i>64</i>
3.4/ LES DETERMINANTS DU CHOIX DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION.....	65
3.4.1 Selon le ressenti du médecin.....	65
3.4.2 Selon la réticence initiale du patient.....	65
3.4.3 Selon l'âge du patient.....	65
3.4.4 Selon les vaccinations.....	65
<i>Figure n°4 : Les déterminants du choix de la stratégie de communication.....</i>	<i>66</i>
4/ DISCUSSION.....	67
4.1/ LES LIMITES DE LA METHODE.....	67
4.1.1 La recherche qualitative.....	67
4.1.2 La définition de la question de recherche.....	67
4.1.3 La population étudiée.....	67
4.1.4 Les entretiens comme méthode de recueil.....	68
4.1.5 La retranscription.....	69
4.1.6 L'analyse.....	69
4.2/ DISCUSSION DES RESULTATS.....	70
4.2.1 Des stratégies sont nécessaires ...	70
4.2.1.1 Dans la relation avec le patient, pendant la consultation.....	70
4.2.1.1.1 Les stratégies de communication.....	70
4.2.1.1.2 Les déterminants du choix de la stratégie de communication.....	71
4.2.1.2 Des stratégies en dehors de la consultation.....	73

4.2.2 Mais, elles ne sont pas suffisantes.....	74
4.2.2.1 La variété des facteurs influençant la décision vaccinale.....	74
4.2.2.2 Une conviction « anti-vaccinale ».....	75
4.2.2.3 L'extension de l'obligation vaccinale.....	75
4.2.3 Stratégies : un intérêt non négligeable.....	76
4.3/ PERSPECTIVES.....	76
5/ CONCLUSION.....	78
<i>Figure n° 5 : Les facteurs influençant la décision vaccinale.....</i>	<i>79</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXES.....	83
Annexe 1 : Mail de contact.....	83
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	83
Annexe 3 à Annexe 16 : présentes sur un CD-ROM	
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	85
PERMIS D'IMPRIMER.....	86
RESUME.....	87
MOTS CLES.....	87

ABREVIATIONS

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

BU : Bibliothèque Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PMI : Protection Maternelle Infantile

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

SEP : Sclérose en Plaques

SUDoc : Système Universitaire de Documentation

1/ INTRODUCTION

Afin de mieux comprendre l'hésitation vaccinale, il nous a semblé intéressant de commencer par un bref rappel historique, de la première variolisation à la vaccination que nous connaissons aujourd'hui, avec les polémiques qui ont parsemé cette évolution. [1, 2, 3]. Puis, les termes principaux du sujet seront définis.

1.1/ HISTORIQUE DE LA VACCINATION ET DES CONTROVERSES :

1721 : 1^{ère} variolisation réalisée en Angleterre, à la demande de Lady Mary Wortley Montagu, épouse de l'ambassadeur britannique à Constantinople, sur sa propre fille. Cette procédure consistait en l'injection intraveineuse de pus issu de pustules varioliques, provoquant une maladie bénigne et permettant d'être protégé d'une forme plus grave, mais exposant à une transmission inter-humaine. Ce procédé était utilisé depuis des siècles dans le monde oriental.

1722 : Apparition des premiers « anti-inoculistes » suite à la survenue de décès, après variolisation. Des critiques furent émises par le monde médical qui qualifia ce procédé de contraire au serment d'Hippocrate : « *primum non nocere* ». Le monde religieux s'éleva aussi contre ce procédé ; le révérend Edmund Massey qualifia l'inoculation d' « une opération diabolique, qui usurpe une autorité qui n'est fondée ni sur les lois de la nature, ni sur celles de la religion » .

Au cours du XVIII^{ème} siècle, cette technique a cependant été approuvée, entre autres, par Voltaire, dans sa *Onzième Lettre philosophique*, publiée en 1734. Selon lui et les philosophes des Lumières, la variolisation est un progrès considérable, un refus de l'obscurantisme, une façon d'agir plutôt que de se résigner face au destin :

« *Quoi donc ! Est-ce que les Français n'aiment point la vie ? Est-ce que leurs femmes ne se soucient point de leur beauté ? En vérité, nous sommes d'étranges gens ! Peut-être dans dix ans prendra-t-on cette méthode anglaise, si les curés et les médecins le permettent.* » [4]

Aucun progrès médical n'avait, jusqu'ici, déclenché autant de débats, autant d'écrits, de la part de scientifiques comme d'écrivains ou de philosophes. Les visions sur la procédure de variolisation se sont opposées, parfois de manière virulente.

14 mai 1796 : 1^{ère} vaccination par Edward Jenner, chirurgien anglais (1749-1823). Il s'agissait de transmettre à un jeune garçon le Cowpox, variole des vaches, responsable d'une maladie bénigne chez l'homme, sans risque de transmission interhumaine, et le protégeant ainsi du risque de contracter une variole plus grave par la suite. C'est ainsi qu'est né le terme « vaccination » : du latin *vaccinus* qui signifie « de la vache ». [5]

1879 : Pasteur (1822-1895), découvre le premier vaccin artificiel, c'est-à-dire fabriqué par l'homme en cultivant la souche d'un micro-organisme et en la modifiant.

1885 : première vaccination anti-rabique effectuée sur l'homme.

1930 : En Allemagne, sur deux cent cinquante et un enfants vaccinés par le BCG oral, soixante-douze sont décédés d'une tuberculose généralisée. Ce fut le premier grand procès médical qui a reconnu la culpabilité du laboratoire allemand où la culture du BCG avait été contaminée par des souches virulentes. [6, 7]

1980 : Eradication officielle de la variole dans le monde

1994 : en France, arrêt prématuré d'une campagne de vaccination des adolescents contre le virus de l'hépatite B suite à une augmentation de la notification de cas de sclérose en plaques (SEP). Plusieurs études seront réalisées par la suite, qui n'ont pas démontré la responsabilité du vaccin, mais depuis, cette vaccination cristallise la méfiance des patients. [7, 2]

2009 : L'épisode de grippe A H1N1 aurait été à l'origine d'une méfiance vis-à-vis des autorités sanitaires et de leur gestion de la crise. Ceci aurait encore des conséquences déplorables sur l'adhésion à la vaccination [8, 9] ; comme en témoigne les résultats des Baromètres Santé de l'INPES de 2010.

1.2/ DEFINITIONS DES TERMES PRINCIPAUX DU SUJET :

D'après le Larousse :

- Stratégie : Art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but
- Communication : Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un
Fait pour quelqu'un d'informer et de promouvoir son activité auprès du public, d'entretenir son image, par tout procédé médiatique.

D'après Lise Renaud et Carmen Rico de Sotelo, professeures au département de communication sociale et publique, de l'Université de Montréal, « *la communication pour la santé se définit comme l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé.* » [10]

D'après l'OMS, « *L'hésitation face à la vaccination est le fait de retarder ou de refuser une vaccination sûre malgré sa disponibilité. Il s'agit d'un problème complexe, qui dépend des circonstances, ainsi que du moment, du lieu et des vaccins en question. Plusieurs facteurs entrent en jeu, dont la désinformation, la complaisance, la commodité et la confiance.* » [11]

1.3/ CHOIX DU THEME :

Au début de mes études, la vaccination était pour moi un progrès médical majeur, acquis, qui ne pouvait pas être remis en question, au vu de son influence sur la mortalité infantile.

Une fois les principes immunologiques compris, il me semblait qu'il ne restait qu'à mémoriser le calendrier vaccinal. Malheureusement, ce ne fut pas aussi simple... Il ne suffit pas de le connaître pour le faire appliquer ! La vaccination cristallise beaucoup de critiques, de méfiances, de doutes. Elle reflète assez bien l'état d'esprit dans lequel se trouve notre société : à présent la santé de l'individu semble plus importante que la santé collective. La prise de risque individuelle au nom des bienfaits pour la collectivité apparaît secondaire. De plus, la révélation de différents scandales autour des médicaments et des laboratoires pharmaceutiques, dont l'affaire du Médiator, a engendré une méfiance des citoyens envers le corps médical en général, et envers les autorités sanitaires.

Mon stage en PMI m'a permis de voir la difficulté d'aborder la vaccination avec certains parents de nourrissons, chez qui, la méfiance, est de plus en plus grande.

D'autre part, une des médecins, qui exerçait auparavant dans un centre de vaccination, m'a permis d'approfondir mes connaissances en vaccinologie. J'ai découvert cette discipline que j'ai trouvée passionnante et cela m'a donné envie de continuer à travailler sur ce thème.

J'avais l'impression que pour convaincre les parents, des bienfaits et de la nécessité de la vaccination, une meilleure formation technique et scientifique était nécessaire. La formation est essentielle, mais pas suffisante. Dans mes recherches bibliographiques, j'ai vu plusieurs fois

mentionner l'importance des stratégies de communication et de l'attitude des médecins dans la prise de décision des parents (Etude ForMéVac, dans la région PACA en 2014 [12]) C'est ainsi que l'idée, de recueillir l'expérience des médecins généralistes à propos de leur façon de communiquer avec les patients sur la vaccination, m'est venue.

2/ MATERIEL ET METHODES

2.1/ BIBLIOGRAPHIE PREPARATOIRE :

Le rapport sur la politique vaccinale de janvier 2016 et le compte-rendu de la consultation citoyenne sur la vaccination ont été les premiers supports bibliographiques utilisés pour débiter ce travail [13, 14].

Ensuite, la bibliographie a été réalisée à partir du site de la BU médecine Montpellier-Nîmes, permettant l'accès à différentes bases de données, telles que PubMed, CAIRN, BDSP, EM-Premium ; ainsi que depuis le SUDoc et Google Scholar.

Celle-ci a été nécessaire pour dégager la question de recherche et l'objectif de l'étude à partir du thème de l'hésitation vaccinale.

En ce qui concerne la méthode de la recherche qualitative, l'ouvrage étudié a été *Les Recherches Qualitatives en Santé*, sous la direction de J. KIVITS, F. BALARD, C. FOURNIER, M. WINANCE. [15]

2.2/ PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ETUDE :

D'après une étude réalisée en 2016, dans 67 pays du monde, c'est en Europe que l'on retrouve sept des dix pays où la méfiance envers les vaccins est la plus importante ; et surtout en France où 41% des français estiment que les vaccins ne sont pas sûrs [16]. Ceci a pour conséquence une diminution de la couverture vaccinale, pouvant aboutir à la réémergence de certaines maladies ; comme en témoignent les différentes épidémies de rougeole qui ont eu lieu en France depuis 2008. Dans ce contexte, différentes études ont été réalisées afin de comprendre les raisons de cette méfiance du point de vue des patients [13], et des médecins, en particulier des médecins généralistes [17, 18]. De ces études, ressortent, le manque de formation au niveau scientifique, ce qui rend les médecins généralistes peu à l'aise pour répondre aux arguments anti-vaccination ; mais aussi la difficulté en matière de « savoir-communiquer » [1, 19].

Pourtant, on connaît l'impact que peut avoir la stratégie de communication utilisée sur la relation médecin-patient [20, 21] ; en particulier, l'impact positif de la décision médicale partagée [22, 23].

Il a donc semblé intéressant de réaliser une étude dont l'objectif était de recueillir l'expérience et le vécu des médecins généralistes sur l'approche de la vaccination en consultation afin de répondre à la question suivante : **quelles seraient les stratégies de communication à adopter pour entraîner un changement dans la décision vaccinale ?**

2.3/ SUR LE PLAN ETHIQUE :

2.3.1 LA LOI JARDE

Ce travail n'étudiant pas les traitements ou les procédures utilisées sur des personnes, il ne rentrait donc pas dans le champ d'application de la Loi Jardé de novembre 2016 et n'a donc pas été soumis à la Commission de Protection des Personnes.

2.3.2 LE CONSENTEMENT

Il n'y a pas eu de consentement écrit signé par les participants. Mais ceux-ci ont été informés oralement de l'enregistrement, de la retranscription intégrale de leurs propos et du respect de leur anonymat.

2.4/ CHOIX DE LA METHODE :

2.4.1 LA RECHERCHE QUALITATIVE.

Avec les progrès médicaux réalisés tout au long du XXème siècle, et par conséquent l'augmentation de la durée de vie, sont apparues de nombreuses pathologies chroniques. Ainsi, il est apparu nécessaire d'ouvrir les recherches médicales, sur des thèmes tels que l'expérience, les représentations de la maladie, les relations entre patients et professionnels de santé, les inégalités sociales de santé.... Sur ces thèmes, la recherche quantitative n'est pas pertinente, et c'est ainsi que la recherche qualitative, utilisée jusqu'alors en sciences humaines et sociales, s'est imposée comme une méthode essentielle en médecine.

La méthode qualitative s'intéresse aux expériences des personnes, que ce soit des patients ou des professionnels de santé, à leurs représentations, à tout ce qui n'est pas « quantifiable ».

Le but de cette méthode n'est pas la généralisation des résultats, la représentativité de l'échantillon n'est donc pas recherchée.

2.4.2 RECUEIL DE DONNEES PAR ENTRETIENS

« Enquêter par entretiens sert à investiguer des faits qui relèvent d'une part des phénomènes ou des systèmes idéologiques et culturels collectifs [...] et d'autre part, des pratiques sociales – des faits issus de l'expérience, de récit de vie, des pratiques vécues, dont l'analyse permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle. » [15]

2.4.2.1 La méthode :

L'entretien a un usage « informatif » : recueillir l'expérience d'une personne dans le but de faire partager son savoir. Mais il permet aussi « l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés » [15].

Il existe différentes méthodes d'investigation par entretiens : les entretiens individuels (directifs, semi-directifs ou libres) ou collectifs (focus group).

Pour cette étude, la **méthode par entretien individuel semi-directif** a été retenue. En effet, cette technique permet de réaliser l'entretien autour de thèmes préalablement définis, tout en laissant une certaine liberté à l'enquêté d'exprimer son ressenti.

Pour cela, un **guide d'entretien** a été établi et se trouve en annexe n°2.

2.4.2.2 Réalisation pratique des entretiens :

- Le guide d'entretien :

Il a été rédigé après recherche documentaire, selon les thèmes qui avait été repérés comme intéressants à aborder.

Il s'agissait de questions ouvertes dont l'ordre n'était pas figé. Ce guide a pu être modifié tout au long de l'étude et au sein même d'un entretien selon les réponses obtenues.

- Les entretiens :

Ils ont eu lieu au cabinet des médecins qui les acceptaient. Pendant l'entretien, il n'y avait que l'enquêteur et la personne interrogée, assis autour d'un bureau (sauf pendant un entretien, où une interne en stage à ce moment-là, était présente).

L'entretien a été enregistré à l'aide du dictaphone d'un téléphone portable. Ceci a semblé être la méthode qui permettait le plus d'exhaustivité pour l'analyse.

L'enquêteur avait un rôle d'écoute, de reformulation afin que l'enquêté puisse au mieux développer sa parole.

Les entretiens n'ont pas été rémunérés.

A la fin des entretiens, de manière informelle, il était demandé quelques informations sur l'âge et la durée de l'expérience professionnelle afin de préciser le profil des personnes interrogées.

Nous avons réalisé 14 entretiens d'une durée de 6 à 54 minutes. Le verbatim de tous les entretiens est en annexe.

2.4.3 LA POPULATION ETUDIEE

2.4.3.1 Critères de sélection :

- Les profils :

Afin de diversifier les profils, les critères d'inclusion étaient larges : médecins généralistes installés ou remplaçants, exercice libéral ou salarié, en cabinet de médecine ambulatoire mais aussi dans des structures de prévention et promotion de la santé, en exercice urbain et rural.

- Le secteur géographique :

Le secteur géographique défini au début de l'étude était l'Hérault.

Nous avons eu l'occasion d'échanger avec des professionnels exerçant dans le Gard, dans un secteur où ils ont plus d'interactions avec les structures de soins de l'Hérault qu'avec celles du Gard. Ceux-ci rapportaient des difficultés dans leur exercice face à l'hésitation voire au refus de la vaccination, en raison d'une méfiance de la population qui serait importante. Il nous a donc paru intéressant d'élargir le secteur de l'étude afin d'y réaliser un entretien.

- Les moyens de contact :

Dans un premier temps, un contact a été établi par mail (Annexe n°1), grâce à une liste de contacts dont disposait l'Institut Bouisson-Bertrand de Montpellier.

Puis devant le faible taux de réponses, d'autres médecins ont été appelés par téléphone. Ils ont été retenus car connus pour s'intéresser à la pédiatrie ou à la vaccination.

Il a été difficile de trouver des médecins généralistes qui acceptaient les entretiens. Nos mails ou appels téléphoniques sont souvent restés sans réponse et sans explication.

2.4.3.2 *Description de la population*

Pour l'anonymisation, chaque médecin est noté « Doc », comme l'abréviation de « Docteur », puis le numéro indique l'ordre des entretiens.

Participant	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
Doc 1	38 ans	F	Semi-Rural	Libéral, homéopathe
Doc 2	57 ans	F	Urbain	Salariée
Doc 3	40 ans	H	Semi-rural	Libéral, MSU
Doc 4	41 ans	F	Semi-rural	Libéral, MSU
Doc 5	52 ans	F	Rural	Remplaçante libéral et exercice salarié à 1/3 temps
Doc 6	43 ans	F	Urbain	Libéral, MSU
Doc 7	59 ans	H	Urbain	Libéral et diverses activités salariées
Doc 8	52 ans	H	Urbain	Libéral
Doc 9	56 ans	H	Urbain	Libéral
Doc 10	40 ans	H	Urbain	Libéral, MSU
Doc 11	24 ans	H	Urbain	Interne en 1 ^{er} semestre, exercice mixte
Doc 12	70 ans	H	Urbain	Libéral, MSU
Doc 13	64 ans	H	Urbain	Libéral, salarié
Doc 14	29 ans	H	½ temps rural et ½ temps urbain	Libéral

Répartition selon différentes caractéristiques :

Caractéristiques		Nombre
Sexe	Femme	5
	Homme	9
Age	20-29 ans	2
	30-39 ans	1
	40-49 ans	4
	50-59 ans	5
	> 60 ans	2
Mode d'exercice	Libéral	9
	Salarié	1
	Mixte	4
Lieu d'exercice	Urbain	10
	Semi-rural	3
	Rural	2

2.4.4 LA RETRANSCRIPTION

Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits, respectant chaque mot utilisé par les participants. L'anonymat a été garanti en remplaçant les termes qui auraient pu permettre d'identifier la personne, par des termes plus génériques.

Ceci a été réalisé par nos soins dans les jours qui suivaient chaque entretien.

Au maximum, nous avons essayé de retranscrire les éléments non verbaux : intonation, mimiques, etc, pour rester le plus fidèle possible au déroulement de l'entretien.

2.4.5 L'ANALYSE

2.4.5.1 La méthode :

La méthode d'analyse utilisée a été celle de **l'analyse thématique**, qui consiste à dégager de la retranscription brute des entretiens, des thèmes en rapport avec la problématique de l'étude. Ce fut une analyse continue, c'est-à-dire que le cadre de l'analyse n'était pas fixé au départ, mais les thèmes étaient relevés au fur et à mesure de la lecture des entretiens.

2.4.5.2 En pratique :

Le verbatim des entretiens a été imprimé sur une feuille A4, recto simple, avec une large marge à droite, dans laquelle étaient notés, au fur et à mesure de la lecture, les thèmes dégagés du discours. Puis ceux-ci ont été regroupés et hiérarchisés.

3/ RESULTATS

Dans cette partie, seront énumérés les thèmes par ordre d'apparition décroissant, sans interprétation. Les chiffres notés entre parenthèses sont le nombre de médecins ayant évoqué ce thème.

3.1/ INFLUENCE DES FACTEURS INTRINSEQUES AUX PERSONNES DANS LA DECISION VACCINALE

Les facteurs liés à la personnalité du médecin ou du patient, qui pourraient influencer sur la décision vaccinale sont répertoriés dans ce paragraphe.

3.1.1 DU CÔTÉ DES MEDECINS

3.1.1.1 Les connaissances

○ D'après plusieurs médecins, **avoir des connaissances solides est primordial pour pouvoir apporter des arguments solides** (7).

Doc 7 « j'ai développé un argumentaire, qui est difficile à critiquer parce qu'il est globalisé et qu'il est très cohérent dans l'ensemble donc il est très difficile à attaquer d'une certaine façon. »

Doc 14 « y'en a une grosse partie, 20-30%, j'sais pas, qui peuvent être convaincus avec des arguments, en fait, qui n'ont pas, juste, suffisamment d'info. A qui ça vaut le coup de ... »

Pour Doc 3, il est important que le médecin puisse donner « *des informations qui soient assez neutres* », et non « *des arguments tout faits* ».

Des médecins soulignent la **nécessité "d'auto-formation"** surtout en cas de polémiques (2) ou lorsqu'ils sont face à une patientèle très hésitante (1). En effet, il leur paraît indispensable de rester informés en permanence des résultats concernant les études sur de potentiels effets indésirables mais aussi sur les résultats de jugement à propos de ces potentiels effets secondaires. Et pour cela, leurs **sources d'informations** peuvent être :

- La presse médicale (5) dont la revue *Prescrire* (4)
- Les revues généralistes ou de vulgarisation scientifique (2) (Doc 4 et 12)
- *Infovac* (2) (Doc 4 et 6)
- Centre de vaccination (2) (Doc 2 et 10)

- BEH (2) (Doc 8 et 14)
- Les formations supplémentaires (2) ou Diplômes Universitaire (de pédiatrie et d'infectiologie : Doc 4) (1)
- Conseil national supérieur de la vaccination (1) (Doc8)
- Internet pour les vaccinations du voyage (1) (Doc13)
- La formation initiale (1)
- Les autorités sanitaires (1)
- Informations de la part des laboratoires pharmaceutiques (1)

Doc 10 « ah si, dans les sources d'information, y a quand même les labos, qui viennent nous voir de temps en temps. [...] ça nous permet de nous tenir informés sur les ruptures de stock, de production, de machin, donc ça c'est intéressant. Voilà, donc, euh, moi je reçois toujours un petit peu les labos et c'est des informations qu'on prend avec discernement. »

Une médecin insiste sur la difficulté de trouver des sources d'informations objectives qui ne soient pas “anti-vaccination” et qui ne viendraient pas non plus des laboratoires :

Doc 1 “ J'avais commencé à lire un livre, qui était anti-vaccination, et là, ça m'a, ça m'a pas plu en fait. Il s'agit pas d'être anti-vaccination, il s'agit de prendre les données, les analyser. Et là, c'était trop, euh ... trop polémique, trop ... Donc je suis pas allée jusqu'au bout. Mais effectivement, y avait des données sur la composition, mais du coup, je n'ai pas su si je pouvais m'y fier, en fait !”

○ **Une formation suffisante ? (4)**

Six médecins ont eu des formations complémentaires en vaccinologie, et six ont reçu une formation aux techniques de communication, dont quatre à l'entretien motivationnel, deux à l'animation de groupe et un sur les techniques de reformulation.

Parmi les médecins interrogés, quatre reconnaissent leur **manque de connaissances**, et souhaiteraient pouvoir se former davantage sur ce sujet. Ils estiment que s'ils avaient plus de connaissances, ils pourraient mieux répondre aux interrogations des patients et ainsi redonner confiance dans la vaccination, en montrant à leurs patients que leur niveau de connaissances leur permet de discerner les informations scientifiquement prouvées de celles données par les laboratoires.

Doc 1 « les questions sur les adjuvants [...] alors, moi, malheureusement, on est pas très formé en tant que médecin là-dessus. » « c'est carrément insuffisant ! »

Doc 5 « Et ben tu sais ce qu'il faudrait que je fasse ? Il faudrait que je me documente plus sur les vaccins, comme ça, j'aurais plus d'arguments et je serais plus... parce que je sens que moi aussi j'ai des failles ! »

Doc 11 « d'avoir un cours interactif, je pense qu'on retiendra plus, [...] mais des cours intégrés à la fac. »

L'entretien a permis à Doc 5 de se rendre compte que c'était cela qui la mettait en difficulté face à des patients hésitants, précisant qu'elle allait se former davantage sur les vaccins : *« C'est ça qui pourrait, la piste : m'informer davantage. »*

Tout comme Doc 14 qui souhaiterait avoir plus de formation afin d'avoir plus d'arguments et d'essayer d'harmoniser les arguments utilisés par les médecins : *« Je pense que ça serait bien qu'il y ait un peu plus de formation scientifique là-dessus pour qu'on ait vraiment des arguments fondés, scientifiquement et surtout, tous un peu les mêmes ! »*

Néanmoins, pour la moitié des médecins interrogés (7), une formation supplémentaire ne paraît pas nécessaire.

Doc 3 " Je ne me sens pas démunie par rapport à ces informations-là"

Doc 12 " moi, je suis à l'aise, tout à fait à l'aise"

○ **Difficulté d'accès aux données (2)**

Enfin, certains insistent sur la difficulté qu'ils ont, à **accéder à des données fiables et précises sur les composants des vaccins, leurs conséquences à long terme sur l'organisme et à des données épidémiologiques démontrant leurs bénéfices sur la santé publique.**

Doc 1 " Parce que c'est très difficile d'avoir des informations sur le Vidal, il n'y a rien ! Sur la traçabilité dans le corps, il n'y a rien ; sur les effets à long terme, il n'y a rien ! Il n'y a même pas, même sur les expérimentations, euh... il y a très peu de choses sur les vaccins ! Vraiment, sur les données épidémiologiques, sur, ben voilà, on vaccine un million de personnes, combien de cas on évite, etc. [...] ça a l'air tout bête, mais pour trouver ce genre d'informations, c'est quasi impossible ! Donc, et pourtant, c'est des questions assez fréquentes des patients. "

"C'est assez difficile pour moi de répondre à ces questions et ça me met vraiment en difficulté, parce que j'essaie de manière générale d'avoir les informations, les plus scientifiques, les plus prouvées, donc j'essaie de me renseigner beaucoup. "

Doc 11 " j pense que si on leur dit pas concrètement qu'il y a des choses qui se passent, au bout d'un moment, ils vont peut-être demander combien de personnes sont mortes, ou alors, combien ont été hospitalisées. "

D'après Doc 1, il n'existerait même pas d'études démontrant la mortalité évitée grâce aux vaccinations.

Doc 1 « Sortez-moi, les études qui montrent que ça diminue le nombre de cas, sortez-moi les études ! Moi, je veux bien, si vous me sortez ces études, vous me rendez un service magnifique ! »

3.1.1.2 Le degré de confiance dans les autorités sanitaires (6)

Les médecins Doc 2, Doc 4, Doc 7 et Doc 9 ont entièrement **confiance dans les autorités sanitaires et considèrent que les politiques vaccinales sont bien menées.**

En particulier, Doc 7 valorise leur rôle dans la sécurité et le contrôle, et Doc 9 considère que l'Etat a bien fait son travail en élargissant l'obligation vaccinale.

Doc 7 « On me dit qu'il faut les faire obligatoirement parce que ça protège tout le monde et qu'on a une bonne sécurité sur les vaccins, d'ailleurs y a des structures qui s'en occupent, qui vérifient tout ça, y a des agences faites pour vérifier, y a des gens spécialisés pour faire ça, je ne rentre pas dans la critique de ces gens-là. »

Doc 9 « souvent ils viennent parce qu'il y a le mot obligatoire. Enlever le mot obligatoire, vous êtes sûrs que... [...] Y'a plus personne qui se fait vacciner ! voilà. Alors heureusement, on a encore ça et ça c'est le travail de l'état, et il le fait bien. »

Au contraire, Doc 1 est assez **méfiante vis-à-vis des instances responsables de la surveillance de la sûreté des produits de santé** et celles dictant les recommandations de bonne pratique. Elle émet des **doutes sur le protocole d'autorisation de mise sur le marché** : il manquerait d'études pour affirmer l'innocuité du vaccin.

Et cela la met en difficulté pour répondre aux interrogations des patients.

“ dans l'article, on voit qu'il manque d'études, en fait, avant l'autorisation de mise sur le marché. [...] ça me, vraiment, ça me met en porte-à-faux, par rapport à ma pratique habituelle.”

De plus, les autorités sanitaires utiliseraient des **données épidémiologiques imprécises et peu fiables, pour rédiger les recommandations.** Ceci expliquerait, pour une partie de la population, leur défiance.

« Donc toutes les recommandations, tous les documents qu'on peut, que peuvent nous fournir la sécurité sociale, l'ARS, euh... [...] les trucs comme ça, c'est jamais étayé, c'est, c'est y a pas de sources, y a pas de ... quand on a un peu l'habitude de voir un peu les, les ... les études, c'est, c'est ... très léger, c'est toujours très très léger. »

D'autre part, Doc 13 est opposé aux expériences qui sont menées dans certaines régions, où la vaccination contre la grippe a été déléguée aux pharmaciens. Il considère que ce n'est **pas**

du tout le rôle des pharmaciens de vacciner. Si la vaccination devait être déléguée, cela devrait être aux infirmiers, d'après lui.

« Et puis, si, j'ai quand même des choses sur la vaccination qui m'énervent, euh, je considère que les pharmaciens [...] qui veulent vacciner, c'est pas leur rôle, y a des infirmières. Euh, c'est trop facile d'aller manger le pain des autres, puis après de pleurer ! C'est ce que je leur ai dit aux pharmaciens, ils sont épiciers, maintenant ils restent épiciers ! J'suis très dur avec eux ! Maintenant ils vendent des chaussures ! (rires) Donc voilà, un petit peu où on en est »

3.1.1.3 La conviction du médecin (3)

Pour entrainer un changement dans la décision vaccinale, chez un patient initialement hésitant, la **conviction qu'a le médecin dans les bénéfices de la vaccination** apparaît comme décisive.

Doc 6 : « j'ai vraiment la sensation, que c'est notre conviction, vraiment, qui l'emporte »

Doc 3 « Ouais, je pense que si, nous, on est vraiment convaincu, qu'il faut le faire et que c'est bien et que c'est important et que c'est indispensable, je pense que la plupart des patients, en face, quand même.... Ils adhèrent, quoi. »

Et a contrario, le **manque de conviction dans l'intérêt de certaines vaccinations** (ex : HPV) conduit les médecins à ne pas les proposer systématiquement.

D'après Doc 5, le vaccin contre le HPV n'est pas primordial, car il n'empêche pas la réalisation des dépistages par frottis cervico-utérin et peut être faussement rassurant : *« Ouais, c'est l'intérêt qui me semble Mais c'est faux, c'est probablement faux, c'est parce que je me dis, allez, il faut toujours faire, il faut toujours faire les dépistages, donc il faut toujours faire attention, voilà, et euh, faussement, je pense qu'une vaccination ça va faussement rassurer, on va être moins dans la prévention. »*

Doc 14 « ouais, ouais, pas sur tous, c'est vrai, que je sais pas pourquoi, mais style le papilloma virus, j'étais peut être aussi un peu moins convaincu, enfin j'sais pas ! »

3.1.2 DU CÔTÉ DES PATIENTS

3.1.2.1 Communication impossible avec patients « anti-vaccins »(6)

Plusieurs médecins déplorent le fait que la **communication soit impossible avec les patients « radicalisés anti-vaccination ».**

Doc 10 « c'est toujours les mêmes patients qui sont réticents, et ces mêmes patients, on peut leur dire tout ce qu'on veut [...] Pff, on les touche pas... »

Doc 12 « Parce que les gens qui sont contre quelque chose, ils veulent même pas écouter les arguments ! »

Doc 14 « le père est totalement opposé, et en fait le père il est jamais là quand il y a des consultations, une fois, il est venu mais il est reparti au bout de 30 secondes [...] Il est très fuyant avec le corps médical »

Et malheureusement ces personnes-là s'excluent elles-mêmes du système de santé et de tout suivi médical (2) :

Doc 1 « C'était la deuxième fois que je la voyais, l'enfant devait avoir 18 mois, j'en ai profité pour parler de la vaccination, je l'ai plus jamais revu cette maman... »

Doc 6 « Je demande pourquoi l'enfant a jamais été vu jusqu'à 5 mois, sachant que c'est obligatoire tous les mois, depuis la naissance. Et donc, on me répond : « ben parce que on est contre les vaccins, donc ça avait aucun intérêt ! » »

3.1.2.2 Méfiance envers les autorités sanitaires (6)

D'après plusieurs médecins, l'hésitation vaccinale, voire la réticence, est due en partie à une **méfiance envers les autorités sanitaires et le corps médical de manière générale.**

Doc 9 « Mme Buzin, de toute façon pour ce que les gens en face, en ont à faire de nos politiques et de nos ministres, pff ! »

Actuellement, ce que disent les médias ou l'entourage serait plus écouté que ce que dit le corps médical ou les autorités sanitaires. (3)

Doc 3 « Et, en fait, les gens sont prêts à croire la coiffeuse qui connaît le cousin de la copine du frère de l'ami qui a eu un problème avec un vaccin plutôt que de croire le médecin. Qui lui est malheureusement ..., prend des sous grâce aux laboratoires ! Selon les anti-vax. »

Doc 10 « Moi je pense que quand c'est dit sur TF1 ça marche mieux que quand c'est dit [...] dans le bureau du médecin »

Cette défiance proviendrait, en partie, d'une mauvaise gestion de la crise qui aurait eu lieu au moment de l'épidémie de Grippe H1N1 en 2009 (1), d'après Doc 13.

Doc 13 « il va falloir revoir ce problème de la vaccination de la grippe, enfin de la grippe H1N1, qui nous a posé quand même beaucoup de problèmes. A la limite, c'est là-dessus, que j'ai le plus de retours [...], ça a créé énormément de préjudices, euh, à toutes les campagnes de vaccination qu'il y a pu avoir »

Pour lutter contre cette méfiance qui existe par rapport aux informations délivrées par le corps médical, Doc 10 propose l'idée **d'ateliers sur le thème de la vaccination**, comme les ateliers d'éducation thérapeutique. Ils s'agiraient de groupes de patients. Le savoir ne serait pas dispensé de manière « verticale » mais partagé.

« Alors est-ce qu'il faut être amené à faire, peut-être, un atelier, un peu comme de l'éducation thérapeutique. Faire une inclusion sur un savoir non, non, non-vertical. Tu vois, des ateliers d'échanges, machin, des trucs comme ça, ça s'est à fouiller. »

3.1.2.3 La théorie du complot (5)

Cinq médecins ont évoqué la « **théorie du complot** ». En effet, les patients rapportent des propos, circulant sur internet et tenus par leur entourage, évoquant ce qu'on peut qualifier de « complot » des laboratoires pharmaceutiques, du gouvernement... Ceci démontre qu'il s'agit d'une problématique qui va au-delà du champ de la santé, d'une problématique de société. (2). Les patients ont l'impression d'avoir été dupés pendant des années par rapport à des vaccinations qu'on leur avait dites obligatoires alors qu'elles ne l'étaient pas.

*Doc 1 « Et du coup, ça sort du cadre de la santé. Et c'est ça qui est beaucoup plus difficile **E : C'est en rapport aussi avec d'autres sujets de société où tout est remis en question, cette histoire de complot ?** Exactement, c'est ça qui est beaucoup plus difficile parce qu'on est plus exactement sur les termes médicaux. [...] Cette impression d'avoir été pris pour des pigeons. »*

Doc 3 « Alors, franchement opposé, je perds pas de temps ! C'est-à-dire que le, celui qui croit que le vaccin est dangereux, plus on va essayer de trouver des arguments pour le convaincre, plus il va s'ancrer sur le ..., sur la théorie du complot. »

Doc 6 « Alors, le problème des preuves, c'est que même en disant, voilà, on a telles études qui ont montré que, ceux qui sont anti vaccin, ils vont sortir « oui, mais c'est les labos ! ». Le complot, quoi, le complot ! »

*Doc 5 « Elle était très, très remontée contre tout, donc voilà contre les vaccins et pour.... Tu vois ce genre de patients, qui peuvent être chiants ! **E : Dans la théorie du complot... oui, voilà ! Y'a la maladie de Lyme dessus, personne l'a détectée, on donne pas les vrais tests pour la chercher, mais par contre les vaccins on y va à fond, faut faire marcher les labos !** »*

Doc 14 « ils se placent comme si ils étaient vraiment la victime d'un complot. [...] « Venant de vous en tant que médecin... Ah, de toute façon, c'est pas un médecin qui va me dire... ». Enfin, il croit vraiment que, je reçois un pourcentage, à chaque fois qu'on vend un Prévenar (rires), c'est bizarre, quoi ! »

3.1.2.4 Méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques (4)

○ **L'accumulation de différents problèmes liés aux médicaments**, comme le problème avec le changement de formule du Lévothyrox, ou la remise en cause de l'intérêt des statines engendre un problème de confiance dans les vaccins et dans les produits pharmaceutiques en général. (2)

Doc 4 « oui et tout ce qui passe après, t'entends le Lévothyrox, t'entends ici, t'entends là-bas... »

Doc 5 « ouais, ils ont vraiment l'impression les gens que, en plus, avec toutes ces histoires-là, les médicaments qui sont pas, qui ont des effets secondaires plus plus... donc ils ont vraiment l'impression que ... t'as vu le cholestérol, c'est décrié maintenant ! tu te rends compte ! Moi ça me navre ça ! »

○ **L'indisponibilité des vaccins** a été à l'origine d'une polémique il y a quelques années et a déclenché la suspicion de la population envers les laboratoires (1).

Doc 6 « ça avait été provoqué, tout ça, par cette histoire, de ..., par le fait que on trouvait plus de quinta. Enfin, Vraiment tout était lié, on a plus trouvé de quinta, c'est ce qui a fait que (NOM D'UN MEDECIN) a sorti son truc et que derrière, on s'est retrouvé vraiment en difficulté. Et petit à petit, quand le choix, finalement, est revenu, qu'on s'est éloigné de cette polémique, tout est revenu beaucoup plus naturel. »

○ Comme les **effets secondaires supposés des adjuvants** présents dans les vaccins, seraient un frein à la réalisation de certaines vaccinations. Ainsi l'absence d'adjuvant dans un vaccin permettrait d'obtenir une meilleure adhésion. (1)

Doc 14 « les gens contre l'aluminium, [...] je leur ai dit : « ben du coup, vu que celui-là y a pas d'aluminium, ça vous dérange pas ? » « Oui, d'accord », du coup je l'ai fait, enfin du coup on a fait le vaccin. »

Doc 5 reconnaît, devant ses patients, qu'il serait bénéfique qu'il y ait des études sur les potentiels effets secondaires à moyen et long terme des adjuvants, comme l'aluminium. Mais, elle leur précise que pour l'instant, rien ne prouve que ces adjuvants seraient nocifs et donc rien ne justifie de ne pas réaliser les vaccinations.

« Donc, euh, ils vont me dire « Oui mais c'est vrai, les adjuvants, y en a beaucoup c'est décrié, c'est pas pour rien, il faut faire des études ». J'suis d'accord avec eux, je leur dis « j'suis d'accord avec eux, mais pour l'instant, rien n'a été ... prouvé dans le sens contraire. » Qu'on avance dans le raisonnement et qu'on aille plus loin, ok. Je, je suis pas Je dis pas « non, c'est pas vrai », je dis « oui ça mériterait, des, des ... » comme c'est en train de se faire, je pense, ils sont en train d'aller plus loin dans les investigations, mais, je remets pas en cause les vaccins pour autant »

3.1.2.5 Inquiétude des parents (3)

Les parents sont **inquiets, dans le doute, ils veulent bien faire pour leurs enfants, dont ils ont la responsabilité**, et sont partagés entre tout ce qu'ils entendent. Le médecin a, alors, un rôle capital en tentant de redonner confiance.

Doc 6 « Après y a beaucoup de gens, sur qui, oui..., on les sent dans l'hésitation. Ils veulent bien faire, mais ils ont peur de pas bien faire en vaccinant ou ne vaccinant pas. »

Doc 1 « Pour les femmes enceintes : y a pas le côté, parent-enfant-petit enfant, parent inquiet, qui, moi, [...] me met mal à l'aise. »

3.1.2.6 Manque d'intérêt pour la vaccination (3)

Malheureusement, les patients présentent **peu d'intérêt pour la vaccination** et même pour la prévention de manière générale (1)

Doc 1 « y'a beaucoup de gens qui vaccinent parce que l'école n'accepte pas les enfants si la vaccination n'est pas faite. Faut le savoir ça ! »

Doc 10 « Parce que c'était des gens qui n'étaient pas à jour de leur couverture vaccinale et qui sont pas touchés par ça, et donc du coup, on n'arrive pas à les toucher ! »

Doc 12 « Ils jettent le papier de prévention pour HémoCCult, ils se disent « on nous empoisonne ! » et puis on les voit pas ! »

En effet, l'argument de la protection collective apportée par la vaccination porte peu (2)

Doc 10 « L'important c'est de leur faire comprendre le double intérêt : l'intérêt personnel et l'intérêt collectif de la vaccination. Ce qui n'est absolument pas perçu par les patients. »

3.1.2.7 Evoquer la sexualité avec les parents (2)

Sur la vaccination contre le Papilloma virus, les réticences sont nombreuses, principalement du fait que ce soit un vaccin récent, avec peu de recul. Mais aussi parce qu'il faut **évoquer la sexualité des enfants, avec des parents qui ne sont pas prêts** à l'aborder avec leur médecin.

Doc 9 « Alors, bien sûr, c'est encore un autre sujet : vaccination, il faut aussi parler sexualité ! « Ah mais ma petite, elle a que 11 ans ! ». Et moi, j'argumente, je dis « oui, oui, très bien, ils ont pas d'activité sexuelle, mais qu'est-ce que vous en savez ? »

Doc 12 « Non le principal problème actuel, c'est le vaccin contre le papilloma virus, effectivement c'est très récent, ils posent la question « mais comment, mais ma fille elle est jeune, elle a pas eu de relations... » Mais justement, c'est à ce moment-là qu'il faut la vacciner. »

3.1.2.8 Le désaccord entre parents séparés (2)

Il peut être un frein au changement dans la décision vaccinale.

Doc 14 « la mère elle m'a dit « moi je suis pas spécialement contre, ma fille a été vaccinée », mais c'est pas le même père et faut prendre aussi en compte l'avis du père et le père est totalement opposé »

3.1.2.9 Manque de connaissance sur les mécanismes des vaccins (1)

Il existerait un **manque de connaissance de la part des patients sur les vaccins** et leur mécanisme à l'origine de certains refus.

Doc 3 « Le problème, c'est la méconnaissance sur le vaccin, sur le mécanisme du vaccin et comment fonctionne un vaccin »

3.1.2.10 Peur de la pique (1)

Le **geste invasif de la vaccination**, la réaction qu'il provoque chez le nouveau-né pourrait être à l'origine de certaines hésitations. Ainsi, selon Doc 3, le retrait des aiguilles serait une bonne chose. Il y a plusieurs années, une expérience dans ce sens avait été réalisée sans qu'elle ne se soit concrétisée.

Doc 3 « c'est, c'est le, la première, enfin, pour moi, une des premières appréhensions des personnes qui sont "anti-vax" : c'est la douleur provoquée pendant le vaccin, l'agression qui est faite. »

3.1.2.11 Manque de personnalisation de la prise en charge (1)

La systématisation, la globalisation seraient mal vécues par les patients. Ils ressentiraient un manque d'écoute face à une prise en charge commune à tout le monde.

Doc 1 « C'est mal vécu, cette espèce de systématisation. Les gens ont l'impression de pas être écoutés, de pas être pris dans leur singularité. [...] C'est très difficile pour eux ça, d'avoir l'impression d'être mis dans un même panier »

3.1.2.12 La perception du risque (1)

Au contraire, il semblerait que les patients soient **plus vigilants lorsqu'ils sont directement exposés à un risque individuel.**

Doc 2 « [...] parce que, ben, ils font du sport, alors vous vous blessez, il peut y avoir des plaies, ou, comment, il peut saigner et vous pouvez saigner en même temps. On arrive un petit peu à les responsabiliser. »

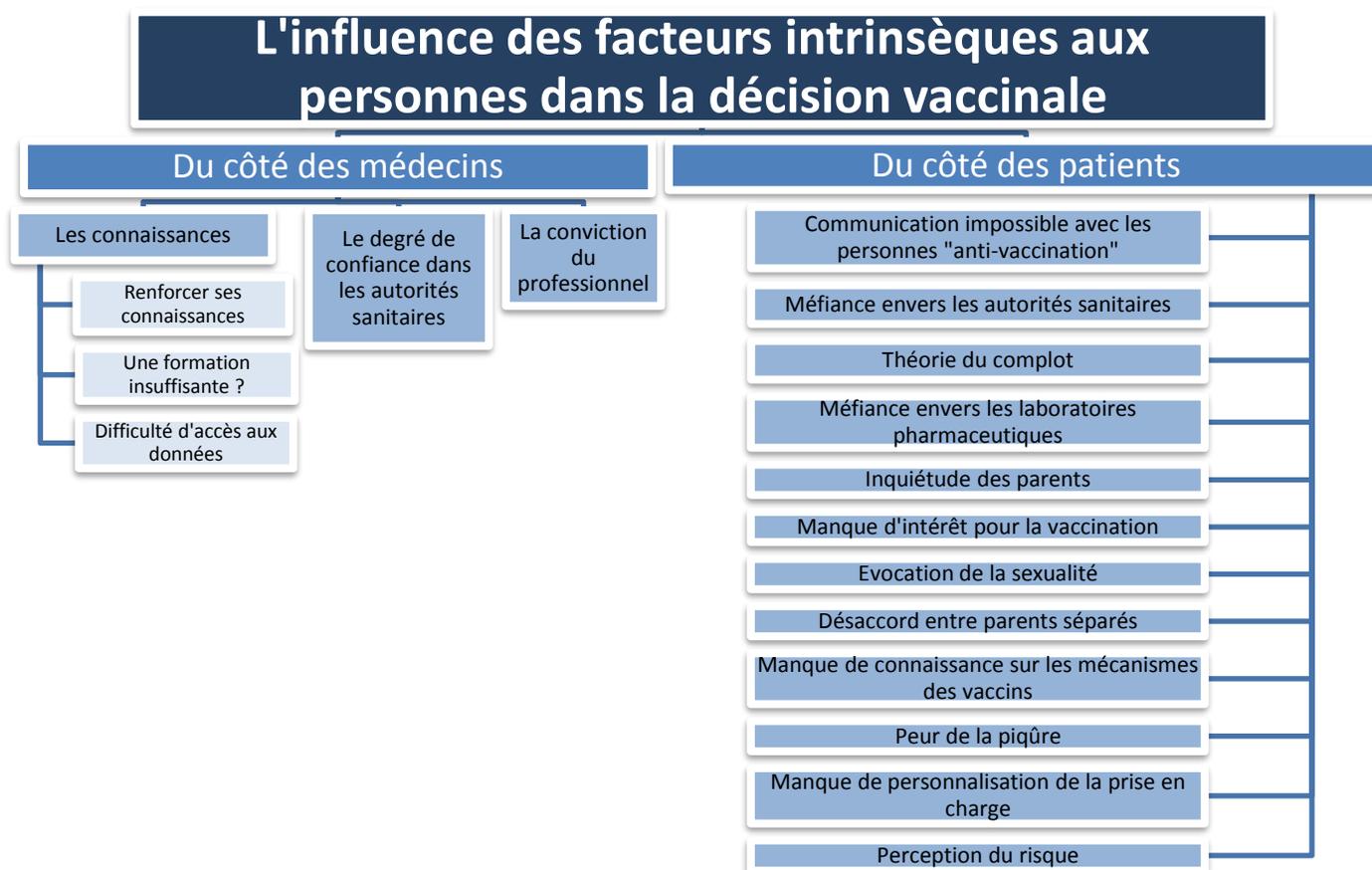


Figure n°1 : L'influence des facteurs intrinsèques aux personnes dans la décision vaccinale

3.2/ INFLUENCE DES FACTEURS EXTERIEURS AUX PERSONNES DANS LA DECISION VACCINALE

3.2.1 LES MEDIAS (7)

Plusieurs médecins évoquent le rôle « *nocif* » que peuvent avoir les médias en **effrayant la population**.

Doc 4 « je pense effectivement que les médias ils ont plus la facilité d'affoler les gens. Les gens ils sont plus facilement euh... que après, derrière, ben pour rattraper les dégâts qui ont été causés, c'est long, c'est très long... »

D'autant plus que ce qui est dit à la télévision serait plus écouté que ce que peuvent dire le médecin ou les autorités sanitaires. Ce serait donc un moyen de communication à privilégier.

Sur internet, les mouvements anti-vaccin prolifèrent et leur communication se répand de « *manière virale* » avec la diffusion de « *fake news* ».

Doc 8 « Mais là, c'est quelques fois, les arguments, j'veux dire, dans les vidéos qui passent de façon virale, pff, c'est pas, c'est dur de ramer à contre-courant et d'arriver à ramener les gens à de l'objectivité, en fait. Donc, ouais, c'est surtout ça qui nous fait du tort... »

Doc 10 « On avait fait le test avec le pédiatre de l'hôpital, je crois, quand on tapait, je sais pas, "Infanrix" ou j'en sais rien sur internet, le premier truc qui sortait quand on cherchait une image, c'était un truc avec un cercueil, avec un machin, donc voilà, quoi. C'est, voilà, quoi, les fake news, c'est difficile. C'est surtout ça le problème ! »

3.2.2 LE SYSTEME DE SANTE

3.2.2.1 L'extension de l'obligation vaccinale

o Le calendrier vaccinal reste identique (7)

Dans un premier temps, les médecins rassurent les patients car le calendrier vaccinal reste identique.

Doc 6 « Je leur explique, tout simplement, que c'est exactement ce que je faisais avant (rire) mais qui a été rendu obligatoire. Mais que c'est exactement Donc ça, ça les rassure beaucoup. Parce

qu'ils débarquent toujours en disant « Ohlala, 11 vaccins, nanana... » Je leur dis « mais non, non, c'est juste ce qu'on a toujours fait, et ce qu'on a toujours proposé, mais qui est, maintenant, rendu obligatoire »

Doc 8 « A priori simplement, parce que ça change pas grand-chose »

Un médecin préfère présenter l'intérêt de la vaccination et non le fait qu'elle soit obligatoire.

Doc 7 « Je présente pas l'obligation, je présente l'intérêt de la vaccination. »

○ **L'obligation est indispensable (3)**

Cela apporte un vrai bénéfice, car si les vaccinations n'étaient pas obligatoires, les personnes s'en désintéresseraient complètement.

Doc 2 « alors, pour les autres filières, où il y a pas d'obligation vaccinale, on leur dit toujours d'amener leur carnet de vaccination, mais ça va se faire une fois sur 3 ou 4 ! [...] ils s'en foutent complètement ! »

Doc 9 « Un papa qui voulait pas faire vacciner un enfant, je sais plus pour quelle raison, mais qui, euh, en sachant que l'obligation commençait au 1^{er} janvier, il me dit « Je veux pas qu'on le fasse avant, je me plierai que quand ça sera après le 1^{er} janvier. » »

Doc 10 « Donc, moi je pense que l'obligation va faire beaucoup de bien parce que y'en a qui jouaient un peu en disant « ben j'ai fait l'obligatoire mais les autres je fais pas parce que c'est pas obligatoire ! » »

○ **Simplification du travail du médecin (3)**

L'obligation simplifierait le travail du médecin en limitant la discussion.

Doc 2 « Si vous le faites pas... [...] donc ça c'est très clair et je dirais très facile »

Doc 9 « J'explique rien du tout [...] la vaccination est obligatoire, point, on discute pas. »

Pour Doc 3, cela va permettre une simplification quant aux différences qui existaient sur le statut « obligatoire » ou « recommandé »

« Et maintenant, ben du coup, on parle plus d'obligatoires et de recommandés donc ça simplifie les choses ! »

○ **Incompréhension des médecins (2)**

Parmi les médecins qui se sont exprimés sur l'extension de l'obligation vaccinale, la plupart est plutôt favorable à cette modification (5) pour les raisons énoncées plus haut.

Cependant, deux médecins y sont opposés.

Pour Doc 1, l'obligation vaccinale entraîne un **manque de considération et d'écoute de l'individu, une globalisation de la prise en charge** qui est mal vécue. Cette décision de l'Etat, elle ne la comprend pas et elle va à l'encontre de sa pratique habituelle, centrée sur le patient, qui a pour objectif son autonomie dans la prise de décision thérapeutique. Cette décision limite la discussion et ne rendra pas plus facile son travail.

« *Quelque part cette obligation rend le travail, (silence) En fait, elle rend pas le travail plus simple, c'est juste qu'on va imposer quelque chose sans argument, en fait.* »

« *Faut trouver une solution parce que... Je peux pas obliger, on peut pas obliger quelqu'un à se vacciner, c'est pas possible !* » « *Ça veut dire, prendre les gens pour des idiots !* »

De plus, ceci **augmente la suspicion envers les vaccins**. C'est ce que pense aussi Doc 4, tout en étant favorable à cette extension de l'obligation vaccinale.

« *Je suis tout à fait favorable à l'obligation vaccinale de janvier 2018, mais ça a fait peur aux patients, ça leur a fait peur et ils sont encore plus suspicieux qu'avant* »

Pour Doc 11, l'obligation est un argument à utiliser en dernier, elle **ne permettra pas que les patients aient confiance dans les vaccins**. Elle ne laisse pas au patient la liberté de faire ses propres choix pour sa santé.

« *Ah, il faut pas que le patient se sente obligé de faire les vaccins, sinon, enfin, le message il passe mal. On t'oblige à faire ça, t'as pas le choix, t'as pas le droit de penser, c'est ça !* »

3.2.2.2 Manque de consultation spécifique à la prévention (1)

Sur le plan organisationnel, un médecin déplore l'**absence de consultation dédiée à la prévention** (Doc 12). D'après lui, développer des consultations spécifiques pour la prévention en générale serait bénéfique.

« *On a pas de consultation spécifique prévention prévue, hein. [...] Mais je pense notamment au frottis, souvent on n'y pense pas. [...] on essaie de refaire le point, et effectivement, ça part d'un mouvement spontané et ça se fait par euh, ... de fil en aiguille [...] par suivi euh... intellectuel d'une démarche de prévention quand on est dans une consultation de prévention, sinon effectivement, beaucoup de choses peuvent passer à l'as.* »

3.2.2.3 Manque de communication sur la protection collective (1)

Il existerait un manque de communication, de la part des autorités sanitaires, sur la protection collective que confère la vaccination, en plus de la protection individuelle.

Doc 3 « on ne communique pas là-dessus, on communique avant tout sur une protection individuelle »

3.2.3 DISCOURS « ANTI-VACCINATION » D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE (4)

L'existence de **professionnels de santé opposés à la vaccination** est une difficulté majeure, pour les médecins interrogés, de par l'influence qu'ils peuvent avoir sur la population. D'autant plus, quand ces professionnels sont à l'origine de polémiques et de mouvement anti-vaccin (3).

Doc 2 « il y avait un médecin, qui était contre la vaccination, notamment la vaccination contre la rougeole [...] Donc, non il vaccinait pas, votre fils il fera sa rougeole. Et ben, le jour où y en a un qui l'a faite, ils étaient à l'école et l'école a été contaminée si vous voulez [...] Donc c'est parti d'une faute médicale, à mon sens ! »

Doc 9 « J'veux dire, y a une manière d'être homme, on a le droit de ses choix, mais quand on est médecin, on a fait un choix aussi qui est autre, ben, c'est pas celui d'aller à l'encontre de la médecine ! »

Doc 3 « Je pense que malheureusement y a encore pas mal de médecins, qui sont pas convaincus ! (rires) et ça c'est problématique !

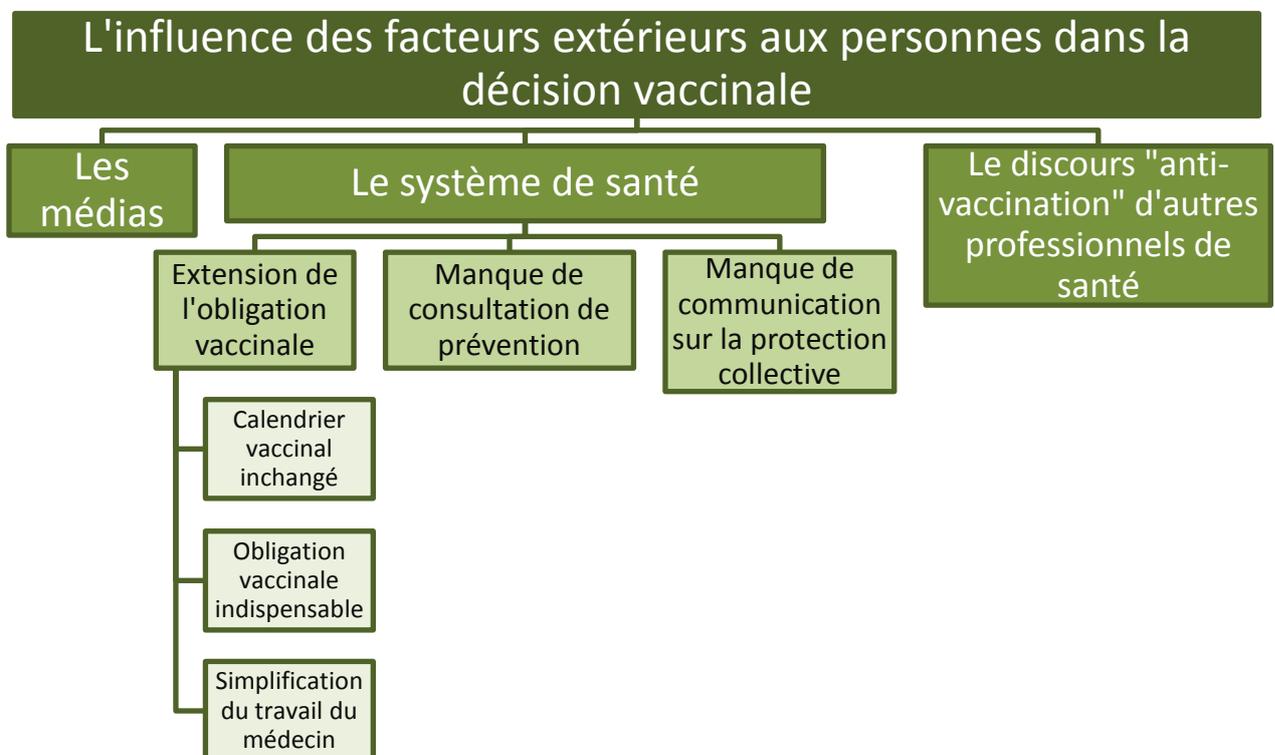


Figure n°2 : L'influence des facteurs extrinsèques aux personnes dans la décision vaccinale

3.3/ INFLUENCE DES FACTEURS LIES A L'ATTITUDE ET AU DISCOURS DU MEDECIN DANS LA DECISION VACCINALE

3.3.1 AVEC UN PATIENT HESITANT :

3.3.1.1 Importance de l'argumentaire :

Chaque médecin donne des informations de nature différente, qu'il adapte selon le patient. Le type d'informations données va influencer la décision du patient.

3.3.1.1.1 Mécanisme du vaccin (8)

Ils expliquent le mécanisme d'action d'un vaccin et détaillent les maladies contre lesquelles il protège.

Doc 1 « on explique qu'est-ce que ça fait ces maladies, est-ce que c'est grave, qu'est-ce que ça procure. Ben, du coup, j'essaie de donner une information la plus précise possible »

Doc 5 « Je vais donner l'information, parce que je me dis il faut quand même que je la donne, c'est mon rôle »

Doc 12 « ou bien ils me disent : « euh, docteur, qu'est-ce que vous pensez de ce vaccin-là ? », à ce moment-là, je rentre dans des explications, effectivement, je peux leur dire quand est ce qu'il faut faire, contre quoi on protège, la protection vaccinale dans la population et en particulier etc ... »

Doc 14 « je me fais un peu un devoir de leur redonner ce que je sais, en tout cas à ce niveau-là »

3.3.1.1.2 Balance bénéfico-risque (7)

Ils rassurent sur la balance bénéfico-risque, qui est en faveur des bénéfico avec un recul de plusieurs années pour de nombreuses vaccinations. Ils se basent sur les études qui ont été faites à propos d'un possible lien entre vaccination anti-VHB et sclérose en plaques.

Doc 10 “ je leur dis [...] que y a pas de discussion, normalement, sur le rapport bénéfico-risque”

Doc 6 « Je leur expliquais qu'il y avait aucune raison de pas le faire, que médicalement, on avait aucune raison de ne pas le faire. J'essaie chaque fois de revenir sur les études qui ont été faites, qu'il n'y avait pas de lien entre sclérose en plaques et vaccination hépatite B. »

Doc 12 « Le vaccin, y a pas de, les effets secondaires sont très minimes, très rares, que y a pas de décès dus aux vaccins, que j'en ai pas connus, depuis 40 ans que j'exerce ! [...] par contre toutes les vies sauvées, on ne les compte pas ! »

Pour un médecin, la balance bénéfice-risque est particulièrement favorable en cas de voyage à l'étranger, et surtout pour l'hépatite B où le risque est assez important dans certains pays.

Doc 13 « Admettons pour l'hépatite, parce que c'est souvent le sujet, euh, que, en général, ce sont des générations qui ont tendance à voyager, qu'il y a plus de risques de se faire faire une perfusion dans le pays où ils seront que de se faire le vaccin. »

3.3.1.1.3 L'existence de cas (5)

L'annonce de décès liés à certaines maladies à prévention vaccinale **dans les médias** (3), permet aux personnes de prendre conscience du risque de ces maladies.

Doc 6 : ça c'est le moyen, c'est vraiment le moyen, moi, j'en ai une poignée qui ont pas le ROR, puisque ça, je me bats vraiment. Et, euh, là c'est le moyen de leur mettre la pression, vraiment »

Doc 9 « Et là, je crois que [...] les gens ont pu comprendre, parce qu'une femme adulte qui est pas vaccinée, [...] Ben vous voyez, 20 ans, 30 ans après et ben on est rattrapé et une maladie, qui est entre guillemet « bénigne » [...] si on est pas vacciné, voilà ce qui peut arriver. »

Ou la présence de cas **dans l'entourage du patient lui-même** (2).

Doc 1 “ un cas-type, si par exemple il y a eu des rougeoles compliquées dans la famille, bon, ben, là c'est vraiment le cas, où ... c'est vraiment ... Un argument massue pour, pour dire voilà.”

Doc 9 « Alors, voilà, moi je sais pas quand la goutte vous tombera dessus, peut-être qu'elle vous tombera jamais dessus, peut être sur votre voisin, sur votre cousine ou quelqu'un de votre famille ou pas, voilà dans ces cas-là, vous réfléchirez, en espérant qu'il soit pas trop tard ! »

Pour une médecin, sa propre expérience, avec des **décès dans sa patientèle** renforce sa conviction dans l'intérêt du vaccin et insiste pour que la vaccination soit faite.

Doc 4 « Voilà, et sur le papilloma virus, je m'appuie surtout sur mon expérience, et j'ai quand même déjà perdu des patientes d'une quarantaine d'années d'un cancer du col de l'utérus. [...] Je leur dis que c'est un cancer de l'adulte jeune, [...] on n'a pas le droit de ... de mourir à 40 ans d'un cancer du col de l'utérus ! »

3.3.1.1.4 Arguments « affectifs » (4)

Les arguments « affectifs » semblent efficaces, c'est-à-dire parler de ce que l'on fait pour soi-même ou ses enfants.

Doc 3 « L'argument qui marche bien, c'est, moi je le fais pour ma fille »

Doc 6 « J'ai vacciné mes enfants, que je le fais, ben voilà, que si je pensais vraiment qu'il y ait un danger important ou vraiment des raisons de pas le faire, c'est sûr que je vaccinerais ni le leur,

ni le mien, ni les miens. Bon, et en général, il y a une bonne adhésion, quand on parle de sa famille, [...] Ou on me demande des fois « est ce que vous avez vacciné vos enfants comme ça ? », je dis « oui bien sûr, et je le refais, et s'il faut le refaire, je le refais encore. » donc ça, oui, c'est un argument... »

Doc 13 « Je leur explique que moi, mes enfants, mes petits-enfants ils sont tous vaccinés »

Doc 14 « J'ai un enfant qui a 2 ans, donc souvent quand c'est des enfants, je leur dis aux mamans : « en tout cas, moi, je les ai toutes faites pour mon fils » »

3.3.1.1.5 Données épidémiologiques (3)

Ils fournissent des données de mortalité et de morbidité relatives aux maladies pour lesquelles il existe une prévention vaccinale, le nombre de doses distribuées et l'impact sur l'incidence des maladies.

Doc 4 « Dès qu'Infovac m'envoie des mails, là, avec des chiffres : le nombre de vaccins, le nombre d'effets indésirables, le nombre de doses, voilà, je l'imprime. C'est beaucoup plus parlant que « vous inquiétez pas madame, il s'est jamais rien passé » »

« Je pense que c'est quand même celle-là, leur donner, voilà y a tant de doses qui ont été distribuées... [...] J'ai imprimé l'article du Monde, que du coup, tu dois peut être connaître qui reprend depuis des années tous les vaccins qui sont sortis et qui montre vraiment derrière, la chute de la poliomyélite, la chute de toutes ces maladies. [...] La seule technique a priori, qui me semble la plus efficace, pour moi, en tout cas, c'est celle-là : plus, leur donner des documents et attendre et les laisser réfléchir. »

Doc 11 “ ça, ça a un impact plus fort, je pense, si on leur dit “Ecoutez, en région parisienne, y a eu 20 cas de gamins hospitalisés, 3 qui ont eu des complications pulmonaires, qui sont toujours pas sortis”, des choses comme ça. Ça impacte plus.”

Pour Doc 1 et Doc 11, il serait donc intéressant de faciliter l'accès des médecins aux informations épidémiologiques fiables et précises (données de morbi-mortalité évitée). Ainsi, ils auraient des arguments solides pour démontrer à leurs patients l'intérêt de la vaccination.

Doc 14, aimerait, lui, avoir une plaquette d'information synthétique sur chaque maladie à prévention vaccinale afin d'avoir un accès rapide aux données principales.

3.3.1.1.6 La protection collective (3)

La protection collective, qui est un des objectifs de la vaccination, en plus de la protection individuelle, est un argument utilisé par certains médecins mais celui-ci ne se révèle pas toujours être efficace.

Doc 2 « Alors, sur les jeunes, ce qui marche bien, alors c'est la responsabilité, [...], le côté civique, les impliquer dans la société. »

Doc 10 « l'important c'est de leur faire comprendre, le double intérêt : l'intérêt personnel et l'intérêt collectif de la vaccination, ce qui n'est absolument pas perçu par les patients. »

Doc 3 « Parce que la vaccination, c'est un acte personnel mais c'est avant tout un acte de santé publique, donc plus on a de gens vaccinés, moins les maladies se diffusent. **Et cet argument de la protection collective ? ça rentre pas ! c'est, euh, c'est, du ... eux ils s'en foutent ! »**

3.3.1.1.7 La responsabilité des parents (3)

Ils en appellent à la responsabilité des parents envers leur enfant.

Doc 9 « Quand vous prenez vos responsabilités, il faut aller jusqu'au bout ! Alors, on peut toujours prier pour passer entre les gouttes, mais de temps en temps, les gouttes, elles vous tombent dessus! »

Doc 12 « C'est la responsabilité des parents, de vacciner les enfants et que son enfant décède un jour, parce qu'ils ont pas voulu le vacciner, faut quand même qu'ils pensent qu'ils auront peut-être des remords ensuite. »

Doc 13 « Je lui explique, on a tous des responsabilités, chacun prend ses responsabilités, lui la prend, tout comme moi. J'ai pas aller le dénoncer parce qu'il se vaccine pas, c'est pas mon, c'est pas mon problème. Je lui ai dit ce que je faisais, ce que je lui proposais, il fait ou il fait pas. »

3.3.1.1.8 La vaccination victime de son succès (2)

Ils expliquent que, si les maladies ne sont plus présentes en France et qu'on les voit peu, c'est parce que la vaccination est victime de son succès. Cependant, la baisse de la couverture vaccinale peut rapidement entraîner la réémergence de certaines maladies. D'autre part, ils soulignent le fait qu'avec une couverture vaccinale suffisante, certaines infections auraient pu être éradiquées.

Doc 9 « moi j'aime bien expliquer aux gens, qu'il y a pas si longtemps que ça, on peut remonter jusqu'à 50 ans, [...] pour parler simplement de la polio, moi j'ai connu l'époque où y avait des gens qui boitaient, [...] ben parce qu'ils avaient eu la polio. [...] ça ne fait que 40 ans ! Voilà, ces choses-là ont disparu ! » « On pensait quand même que ces maladies infantiles, le ROR avait disparu, et bien non ! Parce que les gens décident autrement. [...] Vous voyez dans quelques années, c'est pas un mort qu'on aura mais c'est des dizaines ! »

Doc 12 « s'il y a moins de maladies, c'est parce que tout le monde est vacciné, que si les maladies ressurgissent c'est parce qu'il y a moins de monde qui se vaccine, qui protège pas ceux qui ne sont pas vaccinés.

3.3.1.1.9 Sur les adjuvants (2)

Deux médecins ont évoqué les adjuvants, comme argument donné pour refuser les vaccinations. Pour répondre à cela, ils utilisent deux types d'arguments :

- L'aluminium est une substance qui se trouve partout dans notre vie quotidienne (1).

Doc 7 « Je leur explique facilement, que les adjuvants sont présents pour des raisons bien précises dans les vaccins, que ces adjuvants, en général, vous allez les retrouver un peu partout dans votre vie quotidienne, que vous allez en goulotter des paquets sans le savoir, partout, bien plus importants que ce que vous aurez dans le vaccin. »

- Il s'agit d'une polémique que l'on trouve seulement en France (1)

Doc 3 « En tout cas, globalement, les adjuvants, euh, ce sont des choses qu'on n'a pas bien expliquées, c'est le pourquoi on a besoin de cet aluminium, [...] les effets secondaires c'était franco-français, [...] y a qu'en France, qu'on retrouve 100 personnes qui soi-disant ont des douleurs musculaires liées à la vaccination. »

3.3.1.1.10 Compter sur les autres n'est pas toujours suffisant (1)

La couverture vaccinale régressant avec les nombreuses réticences, compter sur la protection collective donnée par la vaccination des autres pourrait bientôt être insuffisante.

Doc 9 « oui, ce cas il est dramatique, mais à mon avis, y en a beaucoup qui sont évités, parce que [...] y a encore des gens qui sont vaccinés, ceux-là même vous protègent ! Donc vous comptez un peu sur ça, mais vous avez pu voir avec cette dame que à un moment, c'est pas suffisant ! »

3.3.1.1.11 L'obligation vaccinale (1)

Cet argument de l'obligation est à utiliser en dernier recours, d'après Doc 11. D'après lui, il donne l'impression aux patients de ne pas « avoir le droit de penser », ainsi ils ne se sentent pas libres de décider pour leur propre santé.

Doc 11 “Et après, en dernier recours, mais c'est pas le truc à dire au début, c'est dire “Vous savez, maintenant, les vaccinations, elles vont devenir obligatoires, et si vous les faites pas, votre enfant, il sera privé d'intégrer des établissements ou d'intégrer des spécialités plus tard pour son métier. [...] Il faut pas que le patient se sente obligé de faire les vaccins, sinon, enfin, le message il passe mal.”

3.3.1.2 Le « savoir-communiquer »

Dans la discussion vaccinale, ils adoptent différentes attitudes ou utilisent différentes stratégies de construction de consultation et différentes techniques de communication pour donner leurs arguments afin d'entraîner un changement dans la décision vaccinale avec les patients hésitants ou réticents.

3.3.1.2.1 Attitude du médecin

○ *Inefficacité d'un dialogue conflictuel (10)*

La majorité des médecins interrogés s'accorde à dire qu'aller à la **confrontation** dans le but **d'imposer la vaccination ou de vouloir convaincre** n'est **pas du tout une attitude bénéfique**. Celle-ci ne permettrait pas de redonner confiance dans la vaccination.

Une médecin précise aussi qu'il ne faut pas faire culpabiliser les patients réticents.

Doc 3 « c'est ne pas donner l'impression qu'on est dans le conflit ou dans l'envie de convaincre. »

Doc 4 « Surtout ce que j'essaie de faire, c'est de pas leur mettre la pression, de pas les faire culpabiliser »

Doc 5 « Je force pas » « j'irai pas contre nature ! »

Doc 6 « je fais plus de forcing, honnêtement. »

Doc 11 « j pense qu'il faut rester calme toujours, parce que si on s'énerve, ça sert à rien, le gars il va buter »

○ *Intérêt de la négociation et de l'adaptation du calendrier vaccinal (5)*

Il est souvent nécessaire **d'adapter le calendrier vaccinal au patient par des négociations** et en **priorisant certaines vaccinations** selon la gravité ou la fréquence de la maladie (5), selon le contexte de vie (3) ou selon qu'il est possible d'effectuer un rattrapage (1).

Doc 6 « Il y a que sur l'hépatite, que, j'avais un peu lâché, en me disant, j'ai le temps de rattraper au pire. Ouais, ouais. Quand vraiment, je les sentais braqués, pour obtenir l'adhésion sur le reste, en fait. »

Doc 2 « C'est vrai que si j'ai quelqu'un qui a une vie sexuelle, on va dire très rangée [...] là, l'intérêt de la vaccination par le HPV est quand même, un peu plus discutable. Mais par contre, c'est vrai que s'il y a une jeune fille qui a 18 ans, qui a commencé ses rapports il y a un an et qui a déjà 5 ou 6 partenaires à son acquis, on va quand même lui proposer. »

○ *Attitude d'écoute attentive* (5)

Ils **prennent du temps pour connaître leurs représentations, leurs peurs** (4).

Doc 2 « je vais voir ses réticences, ses barrières »

Doc 7 « quand ils sont pas, quand je détecte qu'ils sont pas favorables, euh, je leur demande pourquoi » « je les interroge, en général, systématiquement, au début, pour comprendre où ils en sont, et leurs représentations et après je leur donne des informations qui leur permettent de mieux comprendre, d'avoir une représentation plus conforme à la réalité. »

Doc 10 « je leur demande pourquoi, ils sont hésitants »

Doc 11 « il faut leur expliquer déjà qu'est-ce que eux ils croient, je pense tout d'abord. En fait, pour que, ils ont souvent des fausses croyances et après apporter les arguments »

Et pour **explorer leurs connaissances** (3), afin de pouvoir adapter leur argumentaire.

Doc 2 « déjà je leur dis « est ce que t'es au courant, est ce que tu sais ? » »

Doc 7 « Dans ces cas-là, je leur donne quand même des informations en leur posant des questions, savoir est ce qu'ils savent comment ça marche un vaccin. »

○ *Importance d'explorer leurs sources d'information* (4)

Plusieurs médecins considèrent qu'il est primordial d'expliquer aux patients qu'ils doivent se **poser la question de la légitimité, de la fiabilité et de l'expertise des sources** auprès desquelles ils prennent leurs informations.

Doc 1 « c'est la première base, savoir d'où on tire les informations. Est-ce que c'est une source fiable, est ce que c'est pas une source fiable. »

Doc 3 « Et, en fait, les gens sont prêts à croire la coiffeuse qui connaît le cousin de la copine du frère de l'ami qui a eu un problème avec un vaccin plutôt que de croire le médecin. » « Maintenant, je leur dis « qui est ce que vous préférez croire ? Vous préférez croire des gens qui donnent des arguments fallacieux, ou des personnes qui ont fait des recherches pour des milliers d'enfants, des milliers de personnes et qui ont démontré que ça améliorerait la santé publique ? » »

Doc 7 « Je les sensibilise aussi à, euh, à bien faire attention à l'expertise de ceux qui les informent. Est-ce qu'ils ont une légitimité ? Est ce qu'ils ont une, euh, une expertise qui leur permet réellement de les informer correctement ? [...] Là aussi, c'est un choix, je choisis qui me donne l'information et j'analyse le risque de l'information. »

Ainsi, ils leur proposent **d'analyser les articles ensemble** afin de les aider à discerner les informations fiables (2).

Doc 1 « Quitte à aller après sur internet avec eux, et voir un peu le site qu'ils ont regardé et voir les documents qu'ils ont regardé et on analyse ensemble. »

Doc 10 « Euh, je leur dis de me sortir des études, je leur dis « ben, vous avez vu quelque chose, ben c'est très bien, vous m'apportez le papier, on en discute. » Personne ne revient jamais avec le papier, évidemment ! »

Doc 7 « C'est pas les plus nombreux qui parlent qui ont raison. Il faut regarder ce qu'ils ont comme expertise dans, euh, dans ce qu'ils donnent comme information et quelle est la valeur de cette expertise. »

Et en retour, un médecin donne des références de sources fiables qui ont une légitimité pour informer.

Doc 8 « en leur donnant éventuellement les sources pour qu'ils se renseignent par eux-mêmes »

○ **Importance de laisser le temps de réflexion (4)**

Après ce temps d'échange et de partage de l'information, ils soulignent l'importance de laisser du temps, de **laisser le cheminement se faire dans leur réflexion.**

Doc 3 « C'est pas pendant LA consultation, le basculement, c'est un cheminement qu'ils vont faire. »

Doc 4 « j'exagère, mais voilà avant l'âge auquel c'est recommandé maintenant, pour leur laisser le temps de réfléchir »

Doc 5 « c'est vrai il faut les laisser mûrir. »

Doc 6 « je laissais quand même, un certain choix, en disant « si vraiment, vraiment, pour vous, c'est pas possible de le faire, donnons-nous du temps, on y reviendra » Et c'est clair, que j'en reparle à 6 ans, j'en reparle à 11 ans, enfin, voilà. Et j'en rattrape ! j'en rattrape des hépatites B, après ! »

○ **Construction d'une relation de confiance (4)**

Il est absolument nécessaire de **construire une relation de confiance** avec les patients.

Doc 1 “ la confiance ça s'acquiert, c'est pas quelque chose d'inné parce qu'on a une casquette de toubib.”

Doc 12 « je passe de ce fait dans la relation de confiance d'un patient »

○ **Attitude ouverte au dialogue... (4)**

Le médecin doit avoir de **bonnes capacités de communication** et adopter une **attitude ouverte à la discussion.**

Doc 3 « Je pense que leur montrer qu'ils ont quelqu'un en face d'eux qui est capable de communiquer, de dialoguer, d'apporter des informations qui soient assez neutres, euh et non poussé par un labo, je pense qu'on peut mieux travailler une relation de confiance »

Doc 4 « On en parle et euh, du coup je lui ai même fait son Prévenar à la petite »

Doc 6 « Et ben, alors, on prend le temps. Vraiment, je prends le temps d'expliquer, de discuter »

○ ... **Ou attitude plus directive** (3)

Au contraire de ce qu'on vient de voir, certains médecins adoptent une attitude plutôt « autoritaire », laissant **peu de place à la discussion**.

Ils insistent pour que les patients aient **conscience de leur choix et l'assument**. (2)

Doc 9 « Oui, c'est une obligation, ça dit bien ce que ça veut dire : vous êtes pas vaccinés, vous irez pas en crèche, vous irez pas... C'est surtout ça que ça veut dire. Après il faut assumer ! Le fait de pas vouloir les vaccins, ... »

Doc 13 « je lui explique, on a tous des responsabilités, chacun prend ses responsabilités, lui la prend, tout comme moi. J'vais pas aller le dénoncer parce qu'il se vaccine pas, c'est pas mon, c'est pas mon problème. Je lui ai dit ce que je faisais, ce que je lui proposais, il fait ou il fait pas. »

Un médecin veut « choquer » volontairement les patients pour leur faire comprendre l'importance de la vaccination.

Doc 9 « Là, souvent, on choque les gens, mais je leur dis : « mon rôle est aussi de vous choquer, de vous faire comprendre. » »

Ces médecins ne modifient pas leur façon de présenter, d'expliquer la vaccination selon qu'ils sont face à un patient hésitant ou à un patient convaincu de l'intérêt de la vaccination.

Doc 13 « E : et est-ce que vous avez remarqué qu'avec certains patients, vous utilisez une technique plutôt qu'une autre pour aborder la vaccination ? Non. E : non, pas spécialement ? Vous utilisez toujours... Je suis assez rigide, enfin, non, pas rigide, ouais peut être psychorigide, j'en sais rien, mais je suis assez direct. »

Doc 2 « Il peut pas y avoir de refus puisque c'est une obligation ! » « Là, y a pas de négociation possible : « Vous vous faites pas vacciner, vous ferez pas votre stage ! » »

Doc 9 « Si les gens posent des questions, je vais répondre. Je suis pas là pour expliquer la vaccination. J'vous dis, c'est obligatoire, on doit pas se poser de questions ! »

○ **Autonomisation du patient (2)**

Adopter une attitude permettant au patient de devenir **autonome** et faire ses choix par lui-même, est indispensable, afin que le patient ait confiance en son médecin.

Doc 1 « ... qui pousse le patient à s'informer, il y a la revue Prescrire dans la salle d'attente. J'essaye vraiment que le patient soit autonome et fasse des choix pour lui-même et que ce ne soit pas moi qui fasse les choix, pour tout. »

Doc 7 « Je lui dis « ah mais c'est votre choix ! Je vous l'ai dit, c'est votre choix ! Vous avez le droit de choisir le risque le plus élevé. [...] Essayez de regarder ce que c'est qu'un risque et choisissez pour vous ! Je ne suis là que pour vous informer. Vous faites ce que vous voulez. »

○ **Attitude du médecin devant un refus vaccinal**

Après, ce temps d'échange d'information, et le temps de la réflexion, la décision vaccinale prise par les parents va influencer le suivi du nourrisson par le médecin :

- Trois médecins préfèrent **ne pas poursuivre le suivi si les parents refusent de réaliser les vaccinations** comme elles leur sont présentées

Doc 3 « Chez les parents qui refusent le calendrier vaccinal [...] moi, je les préviens que je suivrai pas l'enfant. »

Doc 12 « je lui dis « écoutez, vous réfléchissez, moi je ne vous marque pas un seul vaccin, je vous marque ce qu'elle doit faire, si vous ne les faites pas, vous allez voir quelqu'un d'autre. » et elle est partie »

- Au contraire, une médecin insiste sur **l'importance du maintien du suivi** même en cas de refus vaccinal complet

Doc 1 « Le fait que je puisse continuer à avoir un regard sur ces enfants me semble important. »

- Pour un médecin, le refus n'a **pas d'influence sur le suivi médical**, mais il lui paraît important que celui-ci soit noté dans le carnet de santé.

Doc 9 « qu'ils ne veulent pas les vaccins, c'est leur choix, par contre moi, je l'écris sur le carnet. »

3.3.1.2.2 Les techniques de communication utilisées pendant la consultation

○ *L'entretien motivationnel (6)*

Les avis sont partagés quant à l'utilisation de l'entretien motivationnel dans la discussion vaccinale.

Quatre médecins reconnaissent que les techniques de communication utilisées dans l'entretien motivationnel pourraient être utiles si elles étaient appliquées dans la discussion vaccinale ou alors se rendent compte que ce sont des techniques qu'ils utilisent déjà spontanément, comme par exemple la reformulation.

Doc 2 « La reformulation, si vraiment, je peux m'appuyer là-dessus. »

Doc 7 : " C'est-ce que je fais spontanément. [...] systématiquement, je les interroge "et alors, c'est quoi un vaccin pour vous ?". Je leur demande à quoi ça sert, comment ça marche et qu'est-ce que c'est un vaccin?"

Doc 12 : " ça peut être utile, ça peut être utile effectivement d'utiliser ça."

Doc 14 trouve qu'utiliser l'entretien motivationnel dans la discussion vaccinale pourrait être intéressant et souhaiterait que les formations puissent se développer.

Doc 14 : « du coup, s'il y a une piste dans ce sens-là, pousser peut-être vers une formation autour des vaccins pour faire changer. »

Néanmoins, deux médecins ne trouvent aucun intérêt à l'utilisation de cette technique. En particulier, Doc 1 considère que ce n'est pas la façon de communiquer qui changera le degré de confiance de la population dans la vaccination mais la présentation d'arguments fiables ou non.

Doc 1 « il est difficile de motiver quelqu'un avec des arguments qu'on n'a pas »

Doc 3 « Je pense pas que ça soit super efficace [...] Parce que autant, pour le tabac, l'entretien motivationnel, [...] ça peut être sympa, [...] parce que les gens vont arriver à voir de suite ce qu'ils vont gagner en arrêtant de fumer [...]. Autant là, sur le vaccin, c'est les parents qui veulent faire tout ce qu'ils peuvent de positif pour leur enfant, et donc du coup ils sont dans un doute pas possible. »

○ **Réassurance (4)**

La réassurance est à la base de la discussion vaccinale pour ces médecins.

Doc 2 « qu'est-ce qu'on leur raconte ? Déjà, on les rassure. (Silence) On les rassure sur l'innocuité de la vaccination contre l'hépatite B, parce que c'est quand même celle-là dont on parle ! »

Doc 9 « Moi, j'essaie une chose, c'est de rassurer les parents »

Doc 12 « Le vaccin, y a pas de, les effets secondaires sont très minimes, très rares, que y a pas de décès dus aux vaccins, que j'en ai pas connu, depuis 40 ans que j'exerce ! [...] par contre toutes les vies sauvées, on ne les compte pas ! »

○ **La répétition (3)**

Avec les patients réticents ou opposés à la vaccination, deux médecins ont comme stratégie de revenir régulièrement sur ce sujet.

Doc 7 « Donc je leur répète, je les interroge, je leur répète et souvent, ils reviennent en disant « ben, j'ai choisi de faire le vaccin » »

Doc 10 « C'est pas que je remets le couvert à chaque fois, parce qu'on perd un peu du temps pour rien, mais euh, y a toujours, c'est le cas de le dire, la piqure de rappel ! »

○ **Les techniques d'animation de groupe (2)**

Deux médecins ont été formés aux techniques d'animation de groupe, à la prise de parole dans un groupe et ils ressentent un vrai bénéfice à utiliser ces techniques transposées dans la discussion vaccinale.

*Doc 8 « E : **Qu'est-ce que vous avez eu comme formation ?** [...] Tout ce qui est formation à l'animation et à la prise de parole, etc, tout ce genre de choses-là. [...] **Et c'est quelque chose que vous avez pu utiliser après dans la vaccination ?** Ah oui. Après on essaie de l'adapter, on essaie d'adapter les outils, mais oui, en fait, les outils sont utilisables après. **Et vous avez senti que ça avait permis parfois de faire changer d'avis certaines personnes ?** Alors, oui, ça peut, oui, oui, absolument. »*

○ **Déconstruction des arguments anti-vaccin (2)**

Pour ces deux médecins, en plus de donner des informations démontrant les bénéfices de la vaccination, il leur paraît nécessaire de leur montrer que les arguments utilisés par les mouvements anti-vaccination sont faux ou ne reposent pas sur des données scientifiquement prouvées.

Doc 3 « Après pour celui, pour ceux qui sont hésitants, ben on essaye de prendre du temps, de démolir les arguments des anti-vax et de leur expliquer un petit peu, euh, nos arguments à nous. Qui est ce qu'ils préfèrent croire ? »

Doc 7 « Après je démonte leurs arguments », « en démontant leurs freins ou ce qu'ils entendent dire. »

○ **La vulgarisation (2)**

Ils utilisent la vulgarisation, et expliquent, grâce à des images, les mécanismes des vaccins. Pour ces médecins-là, l'adhésion à la vaccination passe, en premier, par une bonne compréhension des mécanismes.

Doc 3 « on se sert d'images, enfin, moi je me sers de gendarmes qui ont besoin de carte d'identité du brigand, enfin bref, ce truc très, très, très imagé. »

Doc 7 « Je leur raconte, en vulgarisant la chose, [...], en leur expliquant qu'en fait le vaccin c'est un message qu'on envoie au corps, à l'organisme, on lui envoie l'armure du virus mais pas le virus, seulement son armure, c'est-à-dire, ou ses armes. »

○ **Le refus comme choix thérapeutique (1)**

Dans une volonté de ne pas vouloir imposer au patient ses choix médicaux, Doc 7 présente au patient son refus comme un choix thérapeutique qu'il fait lui-même pour lui-même mais « un choix de risque ». L'important étant que le patient fasse ce choix en ayant toutes les informations nécessaires pour faire un choix éclairé.

Doc 7 « je leur explique que ne pas se vacciner, c'est faire un choix, exactement comme se faire vacciner. Vous faites une action de choix, vous choisissez quelque chose de précis, mais c'est un choix thérapeutique. [...] Ben, en fait, quand on fait un choix dans ce cas-là, on fait un choix de risque. On choisit son risque. Quel risque vous voulez ? Voilà le 1er risque, voilà le second. Et vous comparez, vous choisissez celui que, auquel vous voulez vous, ne pas vous exposer ou vous exposer. Et donc, vous regardez sur le papier ou sur ce qu'on connaît de ces choses-là et quel est le risque de chaque situation, de chaque choix. Mais je positive en fait, le non-choix, je leur en fais un choix positif. C'est leur attitude thérapeutique vis-à-vis de cette situation. » « Quand ils ont compris la base et les points clés de donner la notion de choix, ben, le problème est plus le même quoi ! »

○ **Incompréhension patient/ professionnel de santé (1)**

D'après Doc 4, un **problème de compréhension entre patient et professionnels de santé** (médecin et pharmacien) peut être à l'origine de refus ou de retard vaccinaux.

Doc 4 « Mais parce qu'en fait il y a avait eu une erreur de communication avec le pédiatre qui avait écrit « refus des vaccins, machin » Mais en fait, la maman le seul truc qu'elle refusait c'était de vacciner son enfant contre l'hépatite B mais elle était tout à fait d'accord de faire les 5 autres. Et euh, mais ça le pédiatre l'avait pas compris ou machin. Elle dit « oui, effectivement la consultation elle a été vite expédiée ! » »

3.3.1.2.3 Stratégies de construction d'une consultation

○ *La vaccination, un thème majeur*

Il est abordé de manière **systematique, régulièrement et tout au long de la vie** :

- Chez le nourrisson par tous les médecins en contact avec eux (13, une médecin ne voyant que des jeunes adultes). Souvent le calendrier vaccinal est présenté dans son ensemble dès la première consultation (6).
- Chez les enfants/adolescents (6)

Doc 6 « Je les vois tous les 6 mois, par exemple à 5 ans et demi, j'explique la visite des 6 ans, il y aura un rappel DTPolio, donc j'anticipe toujours, et en général, je fais, d'ailleurs, la prescription 6 mois avant. »

- Chez les adultes (2)

Pour certains médecins, les vaccinations ne sont pas abordées de manière systématique chez les enfants/ adolescents ou les adultes mais grâce à différentes techniques de rappels :

- Lors des consultations particulières (consultation de rentrée, certificats de sports) (3)
- Selon le contexte de vie et les facteurs de risque (3) : Doc 2, 3 et 11
- Grâce aux rappels du logiciel (3) : Doc 8, 10, 13
- Grâce à des rappels par courrier (2) : Doc 8 et 10
- Seulement à la demande des parents (1) : Doc 7
- Lors d'une semaine par an dédiée à la vaccination (1) : Doc 14

Pour améliorer le système de rappel sans être dans la répétition inutile, Doc 7 a pour projet de construire des stratégies de planification, de déroulement de consultation, qui seraient incluses dans un logiciel médical.

○ *Des consultations spécifiques pour la vaccination (5)*

➤ *Un projet de santé publique dans une MSP (4)*

Dans une maison de santé, il existe un projet de santé publique centré autour de la vaccination. Celui-ci consiste, d'une part, en l'existence d'une **consultation spécifique pour la vaccination**, quand les patients sont hésitants et en demande d'informations précises supplémentaires. Cette consultation est effectuée par un confrère, médecin généraliste de la MSP, avec des connaissances solides sur la vaccination (sujet sur lequel il a réalisé sa thèse). Au cours de celle-ci, il est amené à répondre aux questions des patients et à leur donner des documents supplémentaires.

Doc 8 « Mais quand on a des gens qui étaient franchement réticents, que ce soit adultes ou enfants, en fait, à ce moment-là, on les envoyait sur ce collègue, qui avait une consultation dédiée vaccination, en fait. Donc il faisait pas de vaccination ou quoi que ce soit mais il recevait les gens uniquement pour avoir un temps dédié pour discuter uniquement de la vaccination. [...] Et donc, lui après, concernant la consultation, il mettait effectivement quelque chose dans le dossier, mais après, voilà, il renvoyait les gens vers le, le, le médecin traitant pour la suite des événements, en fait. »

Malheureusement, cette consultation aurait été un échec, elle n'aurait pas permis de donner confiance dans la vaccination à des patients hésitants, notamment car il manquerait la confiance que les patients ont dans leur médecin généraliste. (2)

Doc 10 « on s'est rendu compte que la consultation dédiée pour ça, marchait pas. [...] On a d'un côté la caution de quelqu'un d'externe à la consultation, et à la fois on perd le côté confiance du médecin généraliste [...] Et au final on gagne rien ! »

Doc 13 « non, ça marche pas bien, parce que [...] on a une relation particulière avec eux, on a pas besoin de tourner dans tous les sens pour faire passer un message. »

D'autre part, ce projet comprend un **partenariat avec le Centre de Vaccination municipal** (2). Celui-ci a permis d'effectuer des informations par courrier, des rappels de vaccination pour les enfants et leurs parents. Encore une fois, cette attitude n'a pas semblé permettre la mise à jour des vaccinations chez les personnes réticentes, mais seulement un rattrapage de retard vaccinal chez certains patients (1).

Doc 10 « on récupère, effectivement des retards vaccinaux avec ce partenariat avec le centre de santé, donc ça, ça marche bien, mais, c'est pas vraiment des patients réticents, c'est des patients qui ont laissé passer le truc, qui s'en sont pas vraiment occupés »

➤ *Des consultations spécifiques à la vaccination par le médecin lui-même (1)*

En dehors de cette MSP, un médecin réalise elle-même des consultations spécifiques à la vaccination à la demande des patients qui sont hésitants et en demande d'informations approfondies.

Doc 1 « Deuxième cas de figure, les parents posent beaucoup de questions et du coup ont envie d'en parler. Les parents prennent exprès un rendez-vous juste pour parler des vaccinations »

○ *Rôle des médecins spécialistes (1)*

En cas de facteurs de risques, quand les **médecins spécialistes insistent sur l'importance de la vaccination** contre telle ou telle maladie, cela a un effet positif d'après Doc 12 : *« pour les personnes qui ont des pneumopathies chroniques, etc, qu'ils recommandent eux, de leur côté, en tant que spécialistes, des vaccins contre le pneumocoque [...] Je pense que ça c'est un rôle important qu'ils ont et qu'il faut bien qu'ils écrivent dans le courrier « je recommande cette vaccination », et nous on fait le rappel et on vaccine les gens. Ça c'est important ».*

○ *Courrier de rappel pour les vaccins (1)*

Envoyer des courriers aux familles pour les informer qu'il y a des rappels de vaccination à réaliser semble intéressant, surtout pour rattraper des retards vaccinaux, plus que pour des personnes hésitantes.

Doc 10 « on a un système qui marche pas trop mal, pour les gens qui sont pas réticents du coup mais qui laissent passer la vaccination, c'est les rappels systématiques aux familles. »

3.3.1.3 Utilité des supports de communication

- **Utilisés pendant la consultation** (6) afin de servir de base pour discuter des chiffres de morbi-mortalité évitée et d'effets secondaires déclarés.
- **A donner aux patients** (6) pour nourrir leur réflexion jusqu'à la prochaine consultation.

➤ Pour ces 2 types d'utilisation, il s'agit, en majorité, de **supports papiers**, qui peuvent être :

- issus de recherches personnelles (2)

Doc 8 « il avait récupéré sur des sites, comment, des sites d'information »

Doc 10 « on avait des, euh, des informations, des plaquettes, qui étaient données à un médecin du groupe, qui nous faisait une consultation vaccinale pour les réticents »

- donnés par les autorités sanitaires (2), en particulier le calendrier vaccinal présent dans le carnet de santé.

Doc 12 « simplement, le tableau des vaccinations »

Doc 13 « je reprends le carnet de vaccination »

- issus de la presse médicale (2)

Doc 4 « : j'ai plein de documents dans mon bureau. Donc en fait, voilà, j'ai des chiffres, [...] tout ça sur papier. Je suis abonnée à Infovac, [...] voilà, j'imprime, je leur fais une photocopie, je leur donne et je les laisse réfléchir »

Doc 1 « Moi, je, je photocopie souvent des articles de Prescrire, pour les patients. »

Doc 10 « y avait des documents qu'on avait récupérés via [...] la presse médicale »

- issus des laboratoires (2)

Doc 10 « y avait des documents qu'on avait récupérés via des labos »

Par exemple, ils utilisent des chevalets placés devant l'ordinateur afin de lancer la discussion sur la vaccination.

Doc 10 « J'ai toujours mon petit chevalet, là, il est là-haut, mais pendant un moment, je le mettais là, devant, pour que les gens se posent la question, pendant que je tapais un truc sur l'ordi, voilà »

Doc 12 « Ensuite, on a mis une petite affichette derrière l'ordinateur « Pensez à vous vacciner. » »

- issus de la presse de vulgarisation scientifique ou généraliste (2), d'autant plus, que ce qui provient de la presse généraliste paraît être mieux accepté par les patients d'après Doc 4.

Doc 4 « J'ai imprimé l'article du Monde [...] qui reprend depuis des années tous les vaccins qui sont sortis et qui montre vraiment derrière, la chute de la poliomyélite, la chute de toutes ces maladies. [...] Et du coup l'avantage, c'est comme c'est Le Monde qui a écrit, c'est pas un truc scientifique, c'est pas un machin et du coup, ça, ça leur, ça leur euh ... parle davantage aussi. »

Doc 12 « Je leur dis « Achetez-vous le numéro spécial de Sciences et Vie sur les vaccins et vous apprendrez tout ce que vous devez apprendre, si vous avez des questions. » »

- issus de structures spécialisées ou de formation (1)

Doc 10 « [...] et des choses qui avaient été envoyées par le centre de santé. »

➤ Un médecin utilise des **supports vidéos**.

Face à des patients réticents à la vaccination, exposant des arguments utilisés par les mouvements anti-vaccination, Doc 3 leur donne des liens pour visualiser des vidéos sur internet. Il s'agit de vidéos démontrant que la terre est plate ; celles-ci sont réalisées par des personnes convaincues qu'on nous ment et que la terre est plate. Ils utilisent des arguments vrais mais isolés, sortis de leur contexte. Ensuite, il leur conseille de regarder d'autres vidéos qui démontent cette théorie de la terre plate. Ainsi, ce médecin explique à ses patients, en faisant le parallèle, qu'un argument vrai, sorti de son contexte peut être utilisé pour démontrer n'importe quelle théorie.

« Je me sers d'une vidéo sur la théorie de la terre plate. [...] En fait, c'est une belle, c'est, c'est, c'est une belle exposition, enfin je pense, que du moment qu'on amène des arguments corrects, on peut être amené à changer d'avis sur quelque chose qui nous paraissait acquis. [...] Et en fait, quand on regarde une bonne vidéo sur la terre plate et ben on se dit « merde, elle est peut-être plate ! ». [...] Donc, ils sortent plein d'arguments pour montrer que la terre est plate. Et en fait, ce sont des arguments, euh, quand on les prend séparément, hors contexte et qu'on n'essaye pas de les critiquer, ben en effet, on se dit « putain, la terre est plate ! ». Et du coup, après je propose de regarder la vidéo [...] de critique de cette vidéo. Et en fait, on se rend bien compte que les arguments qui sont sortis, comme ils sont hors contexte et non validés, c'est totalement non crédible. Et en fait, sur les vaccinations, c'est pareil. Les anti-vax se servent d'arguments, euh, tout à fait, fallacieux, sortis hors contexte, et euh, ils se servent d'un cas personnel ou d'une particularité pour en faire une généralité. »

➤ Doc 13 utilise certains **sites internet**, en consultation avec le patient, en particulier en ce qui concerne la vaccination des voyages.

« Mais quand c'est pour les vaccinations internationales, pour aller dans un pays étranger, oui je leur, là, on fait avec un support que je peux avoir sur internet ou des trucs comme ça. »

○ **A disposition du patient en salle d'attente (5)**

- Par l'intermédiaire d'**affiches** (3), par exemple pour la semaine de la vaccination.

Doc 8 « Y avait la semaine de la vaccination, donc même chose, on avait mis en place une exposition au niveau des salles d'attente avec toute une explication concernant les vaccinations sous forme de posters. »

Ou pour communiquer contre les mouvements anti-vaccinaux (1).

Doc 6 « on a affiché, que (NOM D'UN MEDECIN) avait été radié de l'ordre. Enfin, voilà, on a fait nous aussi, un peu de communication là-dessus. »

- Ainsi que par l'intermédiaire de **diaporama** (2) qui défile sur les écrans présents en salle d'attente, ce qui permet d'apporter de l'information avant la consultation afin de pouvoir en discuter pendant la consultation médicale qui suit.

Doc 9 « Aussi dans les cabinets, nous on l'a fait, on a une petite télé, ça passe et puis voilà, comme ça, ça pose question »

Doc 12 « on peut inclure ça dans le Power point, dans les communications qu'on fait sur les écrans dans la salle d'attente. »

- Ou bien, en y laissant des **revues médicales** (1).

Doc 1 « il y a la revue Prescrire dans la salle d'attente. »

3.3.2 AVEC UN PATIENT SPONTANEMENT FAVORABLE

3.3.2.1 Information rapide et succincte (9)

Face à des patients, qui sont convaincus de l'intérêt de la vaccination, les **médecins donnent peu d'informations.**

Doc 1 « ... Oui, ou même pas en poser des questions, on fait voilà, l'ordonnance, et puis voilà »

Doc 5 « Je vais pas lui expliquer »

Certains insistent sur la nécessité de préciser, au moins, les **maladies contre lesquelles le vaccin protège (5) ainsi que le mécanisme du vaccin.**

Doc 6 « Après, y a ceux qui me disent « j'y connais rien, mais je vous fais confiance », alors eux j'explique un peu plus quand même. »

« Je dis tel vaccin pour telle chose mais quand il y a l'adhésion directe, c'est vrai qu'on y passe moins de temps ! [...] ben parce que, ... ça paraît évident pour la personne qui est en face de moi. »

Doc 11 « quand c'est moi qui les prescris, j'explique tous les vaccins qui vont, qui sont combinés dans un, par exemple. Mais par contre c'est vrai que quand je vaccine et qu'ils ont déjà les vaccins, nan, en général, j'explique pas. »

Doc 12 « J'explique ce qu'il y a dans les vaccins. Notamment chez les vaccins, je leur dis ce qu'il y a dans l'hexa parce que y a 6 vaccins, y a 6 valences de vaccins, ça les protège contre ça, cela. »

« Je leur explique ce que c'est le vaccin, un peu rapidement, parce qu'en général, ils cherchent pas trop à savoir »

Doc 14 « Dans ce cas, je leur fais les vaccinations qui doivent être faites et euh, s'ils ont pas de question, euh... Quand je prescris des hexavalents, des choses comme ça, je leur dis quand même que dedans y a le DTP + coqueluche + ... au moins qu'ils sachent. Après euh, non si ils sont pas.... S'ils sont pour... »

Doc 10 « je lui explique, éventuellement, la physiopath »

Deux médecins répondent seulement aux questions des patients.

Doc 13 « non, je les donne que si il me les demande. »

Doc 9 « si la famille a des questions à poser, je suis prêt à répondre mais je suis pas là, pour expliquer. »

S'ils donnent peu de détails c'est qu'ils considèrent que **si le patient est favorable, c'est qu'il a déjà eu les informations (3).**

Doc 5 « je pense que, je pense qu'il a déjà eu l'information avant »

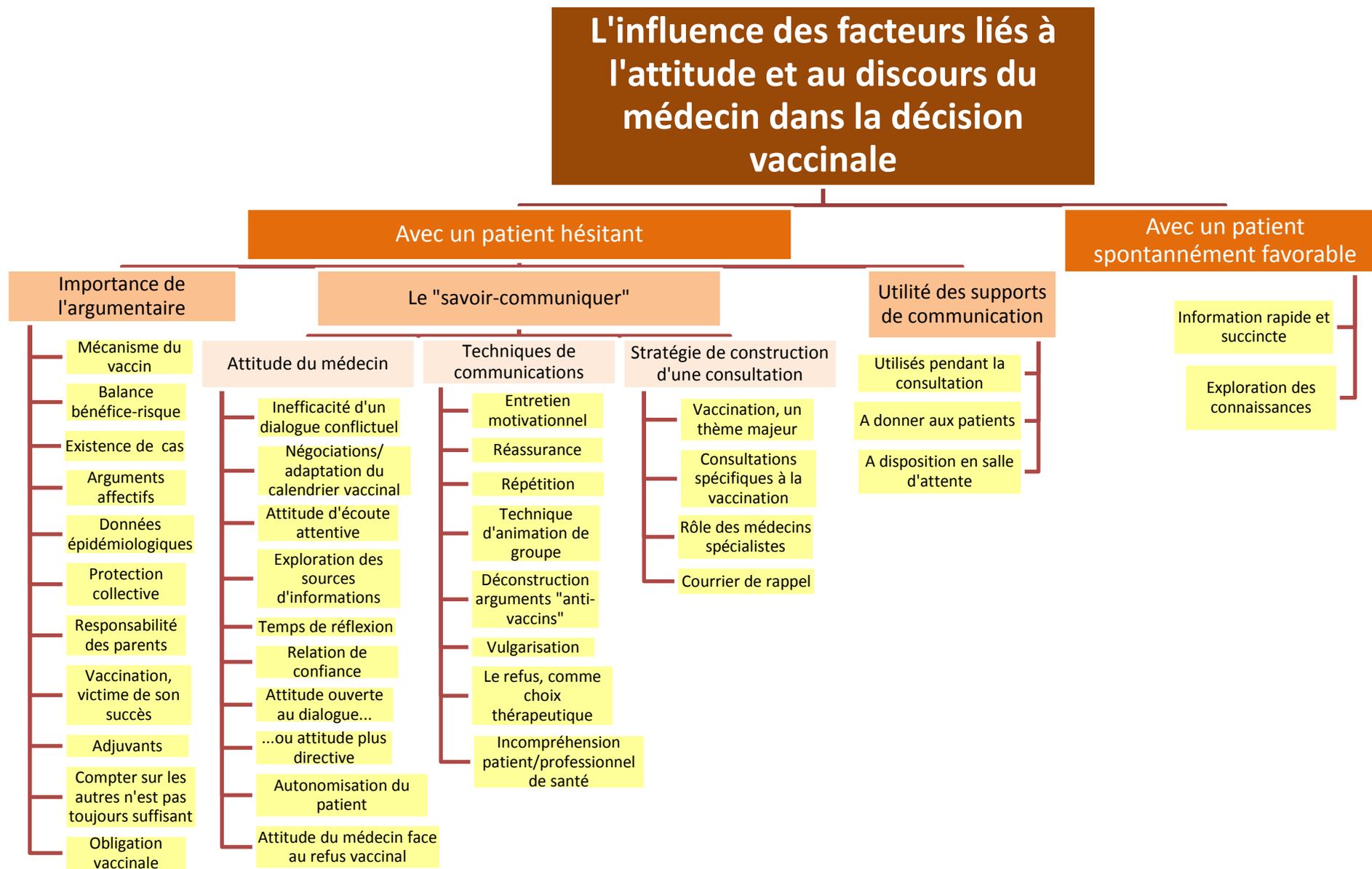
3.3.2.2 Exploration des connaissances (2)

Deux médecins préfèrent s'assurer des connaissances qu'ont les patients en les questionnant, afin de s'assurer qu'ils aient bien compris le mécanisme d'action du vaccin et son objectif.

Doc 7 « pour leur permettre de bien savoir ce qu'ils font, et à quoi ça sert »

Doc 8 « J'essaie de voir ce que la personne a comme information exactement dans le cadre voilà, et puis éventuellement étayer ou renforcer les informations qu'elle a eues. »

Figure n° 3 : L'influence des facteurs liés à l'attitude et au discours du médecin dans la décision vaccinale



3.4/ LES DETERMINANTS DU CHOIX DE LA STRATEGIE DE COMMUNICATION

Certains médecins ont tenté de comprendre et d'identifier les déterminants responsables du choix d'une technique plutôt qu'une autre.

3.4.1 SELON LE RESSENTI DU MEDECIN (6)

La majorité n'identifie pas de déterminants particuliers, mais ils évoquent leur **ressenti**, une sorte de « *feed back* » **pendant la consultation**. C'est ce qui leur fera changer de stratégie et adopter une technique particulière.

Doc 10 « c'est une histoire de retour, on voit le feeling [...] quand on voit qu'il y a des réticences, on essaye de s'appuyer sur l'un, sur l'autre, sur un argument, sur un autre et on voit là où on fait mouche. C'est un feedback avec le patient. »

Doc 8 « a priori ça venait spontanément. »

3.4.2 SELON LA RETICENCE INITIALE DU PATIENT (3)

Pour d'autres, cela dépend surtout de **l'approche qu'a le patient en introduction** de la consultation et de son **degré de réticence**.

Doc 12 « ça dépend de ce que demande le patient en introduction. »

Doc 3 « Tout dépend de l'ancrage de la personne sur son hésitation »

3.4.3 SELON L'AGE DU PATIENT (3)

Pour plusieurs médecins, il existe une différence majeure quand on présente les vaccins à un adulte, qui prend ses décisions pour lui-même, et lorsque l'on s'adresse à un parent qui prend les décisions pour son enfant dont il est responsable. Cela amène à ne pas présenter la vaccination de la même façon et à ne pas donner les mêmes arguments.

Doc 1 « Y'a pas le côté, parent-enfant-petit enfant, parent inquiet, qui, moi, me met à l'aise »

3.4.4 SELON LES VACCINATIONS (2)

Pour deux médecins, toutes les vaccinations sont systématiquement proposées, quelles qu'elles soient, indépendamment de l'existence de polémiques.

Doc 4 « : Je le propose, après c'est sûr que des fois je le propose à des familles où à mon avis, je vais perdre 10 minutes de consultation pour rien, mais je le fais ! »

Doc 10 « E : Et par exemple, quand vous voyez que y a certaines vaccinations qui sont pas faites, [...] par exemple, comme l'hépatite B ou le papilloma virus, c'est quelque chose que vous allez systématiquement aborder ? oui, oui, tout à fait. »

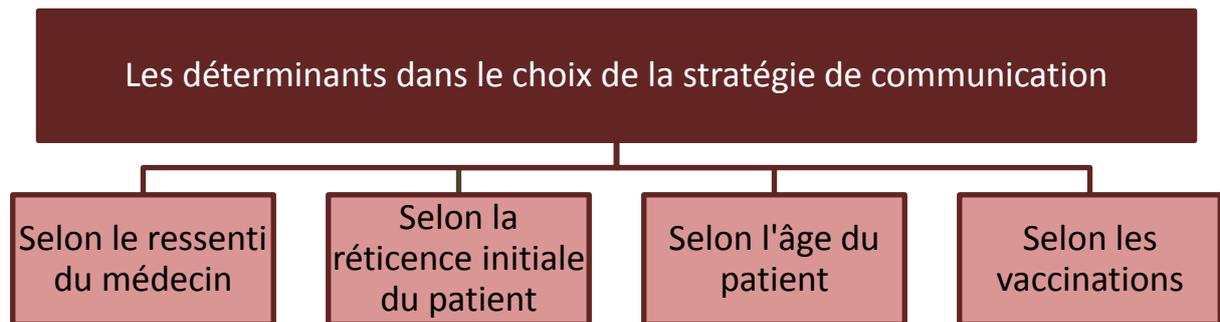


Figure n°4 : Les déterminants du choix de la stratégie de communication

4/. DISCUSSION

4.1/ LES LIMITES DE LA METHODE

4.1.1 LA RECHERCHE QUALITATIVE

Pendant les études médicales, ce type de recherche n'avait pas du tout été abordé. Il a donc été nécessaire de s'aider de livres, d'échanger avec des personnes formées afin de mieux l'appréhender. Cependant, nos connaissances et notre pratique de ce type de recherche sont restées d'un niveau débutant.

D'autre part, ce type de recherche ne permet pas d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble des médecins généralistes mais ce n'était pas le but de notre étude.

4.1.2 LA DEFINITION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Il aurait peut-être été plus judicieux de cibler l'étude sur un vaccin en particulier, plutôt que sur la vaccination en général. En effet, les patients ont différentes raisons d'hésiter pour chaque vaccin. Parfois, il s'agit de raisons épidémiologiques, ou des facteurs de risque, ou de raisons propres à la composition d'un type de vaccin. Dans ce contexte-là, les arguments et les stratégies de communication ne seraient donc pas les mêmes.

4.1.3 LA POPULATION ETUDIEE

Les critères de sélection des médecins généralistes étaient très larges afin de diversifier les profils. Le but n'étant pas d'obtenir un échantillon représentatif mais plutôt de recueillir le plus d'expériences différentes, avec des médecins d'âges et de lieux d'exercice différents.

La zone géographique avait été fixée à l'Hérault initialement, mais une médecin du Gard a été interrogée parce qu'elle exerçait dans une zone où l'hésitation vaccinale semblait importante, d'après des échanges ayant eu lieu avec les professionnels de terrain de ce territoire. Au vu de la question de recherche et de l'objectif de l'étude, il nous a paru possible de modifier la zone géographique initialement prévue lors du projet.

Une difficulté majeure de notre étude a été d'avoir un échantillon de médecins suffisant. En effet, au début de l'étude, nos mails de contact sont restés sans réponse pour la plupart.

Une critique que l'on peut émettre est que 7 médecins sur 14, soit la moitié de l'échantillon, exercent dans la même MSP, mais une MSP avec des lieux différents de consultation. Ceci nous a paru problématique au départ, mais devant la difficulté de recruter des médecins acceptant les entretiens, nous avons décidé de les réaliser quand même. Et, finalement, bien qu'exerçant dans le même cabinet, leur pratique et leur ressenti envers cette hésitation vaccinale, se sont avérés bien différents.

D'autre part, les médecins interrogés ont été ceux qui l'acceptaient, et, pour la plupart, étaient entièrement convaincus de l'intérêt de la vaccination et de la nécessité de faire tout leur possible pour redonner confiance à la population hésitante. Il aurait été intéressant de pouvoir interroger des médecins plus réticents, plus hésitants sur la vaccination pour avoir leur ressenti et leur expérience, mais ceci n'a, malheureusement, pas été possible.

Après 14 entretiens, nous sommes arrivés quasiment à saturation des données et avons arrêté les entretiens.

4.1.4 LES ENTRETIENS COMME METHODE DE RECUEIL

La méthode des entretiens semi-dirigés semblait la plus adaptée afin de laisser les médecins s'exprimer assez librement sur leur pratique et leur ressenti. Cependant, cette méthode présentait certaines difficultés, et en premier lieu, celle de n'avoir jamais conduit de tels entretiens auparavant.

Tout d'abord, par rapport à l'enquêteur lui-même, dont la façon de poser les questions peut être subjective en induisant certaines réponses qu'il voudrait obtenir. Tout a été fait pour éviter cet écueil, mais lors de la retranscription, nous avons repéré quelques passages de cet ordre. D'autre part, lors de la retranscription, nous avons remarqué que plusieurs questions fermées avaient été posées et que, parfois, certaines réponses auraient méritées d'être reprises et approfondies.

Ensuite, les réponses de l'enquêté ne sont pas toujours en rapport direct avec la question, il a parfois été délicat d'insister pour obtenir une réponse à la question, et de recentrer la discussion. Certains médecins ont pu avoir une réflexion qui évoluait au fil de l'entretien, avec des propos parfois contradictoires entre eux. Ceci a, parfois, rendu difficile l'analyse de leurs propos.

La durée des entretiens a été très variable allant de 6'13 à 54'44. Ceci était dû à la volonté différente d'un médecin à l'autre de parler de sa pratique et de l'importance de ses difficultés face à l'hésitation vaccinale.

Certains entretiens avaient été convenus longtemps à l'avance, fixés par leur secrétaire en accord avec le médecin coordonnateur d'une MSP. Ainsi, le jour même, les médecins interrogés avaient oublié de quoi il s'agissait et étaient parfois surpris de nous voir. Alors, même s'ils ont tous accepté l'entretien, certains étaient plus ou moins hésitants pour parler de leur pratique. D'autre part, nous nous sommes parfois sentis pris par le temps, et contraints d'accélérer l'entretien en raison de leurs rendez-vous suivants et des nôtres.

4.1.5 LA RETRANSCRIPTION

Nous nous sommes efforcés de retranscrire au plus près de la réalité, et de noter le non-verbal afin de restituer l'esprit des entretiens, mais bien sûr, certains aspects n'ont pas pu être parfaitement traduits à l'écrit.

D'autre part, il y a quelques passages inaudibles mais de très courte durée et, probablement, sans conséquence sur l'analyse.

4.1.6 L'ANALYSE

L'analyse thématique des entretiens nous a paru être la méthode la plus adaptée à l'objectif de l'étude.

Cependant, cette méthode d'analyse a ses limites, la personne qui analyse, pouvant interpréter à tort certains passages. Et, au vu de l'inexpérience de l'enquêteur on peut se poser des questions quant à la justesse de l'analyse.

D'autre part, les participants ont pu, parfois, déborder du cadre initial de la recherche. En particulier, la majorité a eu besoin de donner son avis concernant la baisse de la confiance dans la vaccination, ce qui ne faisait pas partie des questions du guide d'entretien. Mais, ceci a surtout permis d'enrichir ce travail et n'a donc pas posé de problème dans l'analyse.

4.2/ DISCUSSION DES RESULTATS :

Il est difficile de savoir avec exactitude ce qui fonctionne et engendre une modification dans la décision vaccinale car c'est souvent un long processus de réflexion. Aucun des médecins, n'a pu dire avec certitude qu'avec sa méthode et les techniques de communication qu'il utilisait, il était sûr d'avoir pu faire changer d'avis une personne dans sa prise de décision vaccinale.

4.2.1 DES STRATEGIES SONT NECESSAIRES ...

Chez les médecins interrogés, on peut voir que l'hésitation vaccinale est un sujet important, et sur lequel ils réfléchissent beaucoup, imaginant des stratégies à mettre en place afin de la réduire. Il peut s'agir de stratégies dans la communication avec le patient pendant la consultation, mais aussi en dehors de la consultation.

4.2.1.1 Dans la relation avec le patient, pendant la consultation :

4.2.1.1.1 Les stratégies de communication

Certains médecins ont pu partager leurs impressions, leur ressenti sur l'efficacité de chaque technique de communication et celle(s) qui leur sembla(en)t la(les) plus efficace(s).

L'idée d'étudier l'influence des techniques de communication dans la discussion vaccinale est venue suite à la lecture de différents articles concernant l'hésitation vaccinale [3]. Dans un de ceux-là, il était question des modes de communication des professionnels de santé, et en particulier, de **l'entretien motivationnel** comme technique de communication, bénéfique à utiliser pour entraîner un changement dans la décision vaccinale.

L'entretien motivationnel implique *"une prise en compte des résistances que le patient exprime, qui s'accompagne d'un refus du passage en force et d'une ouverture vers de nouveaux points de vue"* [24].

Un des objectifs des entretiens était donc de recueillir l'avis des médecins concernant l'utilisation d'une telle technique dans la discussion vaccinale.

Et finalement, beaucoup de médecins réalisent déjà leurs consultations vaccinales sur le modèle de cette définition : exploration des représentations, des peurs, des connaissances, renonciation à

convaincre, mais apport d'arguments... Cependant, la plupart, ne le savent pas ! Il semblerait que l'écoute des peurs, des représentations et des attentes des patients, soit une des bases indispensables dans la discussion vaccinale, utilisées par la majorité des médecins interrogés.

Quasiment tous les médecins s'accordent à dire que l'opposition frontale, la volonté de convaincre sont inutiles. Ce qui leur paraît important c'est montrer à leurs patients qu'ils sont capables d'écouter leurs doutes, leurs peurs. Une **bonne capacité d'écoute attentive** semble être capitale pour le médecin, ainsi que des **connaissances solides** et montrer qu'ils sont capables de leur **apporter des preuves fiables, scientifiquement prouvées, face à des théories douteuses** qui ne reposent sur aucune expertise. Et pour cela, certains médecins interrogés s'appuient sur des **supports de communication**, de différents types et de provenances différentes. Ces supports semblent leur permettre de renforcer leurs arguments, et les laissent aux patients afin que leur réflexion se poursuive en dehors de la consultation.

Pour Doc 7, il est avant tout indispensable d'expliquer les mécanismes de la vaccination, car bien comprendre le fonctionnement des vaccins permet de mieux comprendre leur importance et d'y adhérer.

Ensuite, il a pour habitude de répéter, non pas à chaque consultation, mais régulièrement, il revient sur la vaccination, redonne les informations, ce qui semble nécessaire et efficace afin de restaurer la confiance.

Et enfin, il fait du **refus des patients un « choix positif »**, c'est-à-dire une décision thérapeutique que prend le patient et dont il doit assumer les conséquences. Ainsi, les patients ont pris eux-mêmes cette décision pour leur santé ou celle de leurs enfants.

4.2.1.1.2 Les déterminants du choix de la stratégie de communication

Et à ce niveau-là, nous pouvons voir que les médecins ont chacun leurs habitudes selon leur personnalité et leur expérience professionnelle mais aussi personnelle.

Ils prêtent une attention particulière à la façon dont ils présentent la vaccination. En effet, ils ont conscience que l'adhésion à la vaccination dépend en grande partie de la façon dont ils vont l'aborder.

Ils expliquent avoir remarqué qu'ils **adaptaient leur façon de communiquer au patient, aux retours qu'ils peuvent en avoir**. Mais, il est souvent difficile pour eux de l'expliquer.

Ils ont repéré quelques situations où ils ont pu clairement identifier que leur façon de communiquer était différente :

- Chez les nourrissons :

On s'adresse à un parent responsable d'un enfant, pour lequel il veut faire au mieux. Mais face à tout ce qu'ils peuvent entendre dans les médias, les parents sont inquiets et dans le doute.

L'hésitation vaccinale reflète surtout **la peur des parents face à un choix** pour un être dont ils ont la responsabilité, une volonté de bien faire : vaut-il mieux le vacciner ou ne pas le vacciner ? Quel est le bon choix ? Comment ne pas me tromper pour mon enfant ? Comment le protéger au mieux ?

Les médecins ont bien identifié la peur et l'inquiétude dans lesquelles sont les parents et comprennent, sans juger, leur hésitation.

Le problème est complètement différent à l'âge adulte, où l'on s'adresse directement à la personne qui prend ses décisions et ses responsabilités pour elle-même. Les médecins, eux-mêmes, disent se sentir plus à l'aise.

- Selon le degré initial d'hésitation du patient

La façon d'aborder la vaccination ne sera pas la même si les patients expriment des doutes à l'égard des vaccins dès le début de la consultation ou s'ils semblent convaincus et favorables.

En effet, la majorité des médecins reconnaît qu'un patient semblant favorable d'emblée, recevra moins d'informations sur les mécanismes du vaccin, les maladies contre lesquelles il protège qu'un patient hésitant. Ils attribuent cela surtout au fait qu'ils considèrent que s'il est favorable c'est qu'il a eu les informations au préalable.

L'existence d'une différence d'attitude selon le degré d'adhésion à la vaccination, selon le type de patient, témoigne, implicitement, du fait que les médecins ont conscience que les **modes de communication doivent s'adapter aux patients**, qu'on ne peut pas aborder la vaccination de la même façon avec tous les patients.

Chaque patient a ses raisons d'être hésitant ou de refuser la vaccination. Il est donc important de comprendre, dans un premier temps, les causes de son hésitation, afin d'adapter les arguments à ses raisons propres.

Un médecin, Doc 14, évoque bien cela, en disant : « *je me rends souvent compte que des fois je pars un peu dans le scientifique, pour expliquer la maladie, pourquoi il faut l'éviter ou quoi. Et*

souvent, je vois que ça leur parle pas du tout, enfin que c'est pas ça qui va les ... c'est plus sûr est-ce qu'il y a de l'aluminium ou pas ou voilà, la sclérose en plaques ou pas ! ». Effectivement, si l'on s'attarde à connaître les raisons de l'hésitation ou du refus du patient, on peut cibler les informations qu'il attend et les lui fournir, pour lever ses doutes.

4.2.1.2 Des stratégies en dehors de la consultation :

On a pu voir que, devant la difficulté que représentait l'hésitation vaccinale, plusieurs médecins ont mis en place des stratégies en amont de la consultation.

➤ **La formation**

Il peut s'agir de stratégies concernant la formation, qu'ils considèrent, pour beaucoup, comme primordiale. En effet, pour la moitié des médecins interrogés, avoir des connaissances solides est indispensable pour apporter des arguments solides à leurs patients.

Un médecin, a souligné l'importance d'harmoniser les arguments des médecins. Il lui semblait néfaste que les médecins puissent avoir des arguments si différents les uns des autres. Et, en effet, pour les patients, entendre des personnes qui sont médecins, avoir des discours tellement différents sur la vaccination, ne les rassure pas. Ceci entraîne une incompréhension et crée de l'inquiétude.

➤ **Ateliers d'échange d'information**

En réponse à la méfiance qui existe envers le corps médical, un médecin propose de développer des **ateliers sur le thème de la vaccination**, sur le modèle des ateliers d'éducation thérapeutique, pour permettre de partager les connaissances, et non de délivrer une information de manière verticale. Ceci entre dans le cadre de la décision médicale partagée mise en avant par la HAS.

Cette idée lui est venue, suite au constat que les consultations spécifiques, réalisées par un médecin formé en vaccinologie dans la MSP où il travaille, ne fonctionnaient pas. Celles-ci ont entraîné très peu de changement dans la décision vaccinale. Ajouté au fait, qu'il ait remarqué que la parole médicale était peu écoutée par les patients, il s'est dit qu'organiser des ateliers sur le modèle de l'éducation thérapeutique pourrait être une solution. Ainsi, les informations seraient échangées entre patients, et non délivrées par le médecin.

4.2.2/ MAIS, ELLES NE SONT PAS SUFFISANTES ...

4.2.2.1 La variété des facteurs influençant la décision vaccinale

Alors que cela ne faisait pas partie des questions prévues dans le guide d'entretien, tous les médecins ont évoqué ce qui était, pour eux, les causes de l'hésitation vaccinale et donc ce qu'il faudrait modifier ou mettre en place afin de redonner confiance dans l'intérêt de la vaccination. On peut, ainsi, voir la **variété des facteurs influençant la décision vaccinale**. L'adhésion vaccinale est multifactorielle.

Et dans ces facteurs, beaucoup ne dépendent pas du médecin généraliste. D'ailleurs, quelques médecins ont bien mentionné le fait que, pour eux, le problème ne venait pas d'un manque de confiance du patient dans son médecin, mais d'une remise en cause des instances décisionnaires ou des laboratoires pharmaceutiques.

En effet, l'hésitation ou le refus vaccinal sont des problématiques qui vont bien au-delà du domaine de la santé. On le voit avec, l'évocation par plusieurs médecins, de la « théorie du complot ». Beaucoup de fausses informations circulent sur internet et les réseaux sociaux, allant jusqu'à évoquer l'existence d'un complot. Par exemple, Doc 6 raconte ce que lui a dit une patiente : « *Et là, elle me sort, mais, des théories, mais atroces, qui circulent, que, en fait, Macron imposerait la vaccination obligatoire, parce que dans les vaccins, ils mettent quelque chose qui fait que, alors, selon les gens, la théorie est inverse : c'est soit, ceux qui auront été vaccinés, seront sauvés, ils appuieront un jour sur un bouton et tout le monde mourra sauf ceux qui ont été vaccinés. Ou l'inverse, tous ceux qui auront été vaccinés, hop, on appuiera sur un bouton, ils mourront tous et il restera plus que ceux qui auront pas été vaccinés ! (rires) nan, mais des trucs comme ça !* ».

Le **rôle des médias**, dans l'hésitation vaccinale, est important selon plusieurs médecins. En effet, ils semblent plus écoutés que les messages des autorités sanitaires.

Et malheureusement, selon les professionnels de santé, il serait plus facile d'affoler les gens que de les rassurer.

Ainsi, les stratégies de communication ou de construction de consultation qu'utilisent les médecins, auraient une influence limitée sur la décision vaccinale.

4.2.2.2 Une conviction « anti-vaccinale »

Beaucoup de personnes « anti-vaccins » **réagissent de manière émotive** face aux supposés effets secondaires des vaccins. La moindre affection survenant chez un nourrisson après avoir reçu au moins une dose vaccinale est, d'après eux, forcément, une conséquence des vaccins. Dans ces circonstances, donner des arguments rationnels sur les bénéfices des vaccins, en termes de morbi-mortalité semble peu efficace. De même, les différentes stratégies en matière de communication ou de construction de consultation sont souvent peu utiles.

Il est nécessaire de repérer quand le refus **est plutôt de l'ordre de la croyance**, avec des personnes réagissant sur le registre émotionnel, pour, ainsi, accompagner ces personnes dans leur prise de décision, d'une manière plus adaptée.

4.2.2.3 L'extension de l'obligation vaccinale

Dans cette étude, on voit que les médecins ont construit, depuis quelques années, des stratégies pour redonner confiance à leurs patients en s'adaptant à leurs propres observations. Mais l'extension de l'obligation vaccinale va peut-être modifier l'attitude des patients et les médecins devront modifier leurs stratégies. La discussion vaccinale aura, alors, un autre objectif. En effet, les vaccinations seront obligatoires, certes, mais les patients pourront toujours avoir des réticences, des inquiétudes et donc des questions.

Dans son communiqué de presse du 27 juin 2017, le CNGE relève le **caractère contradictoire qui existe entre l'extension de l'obligation vaccinale et les valeurs d'autonomie du patient et de libre choix dans ses décisions thérapeutiques** ; celles-ci devant être prises en étant informé par son médecin. Ce sont des valeurs promues par la HAS et la loi relative aux droits des patients du 04 mars 2002.

Cependant, dans le cadre de la vaccination, celle-ci a des conséquences qui vont au-delà de la santé individuelle. En effet, certaines personnes ne pouvant être vaccinées en raison de leur âge ou de leurs comorbidités, il est important de maintenir une couverture vaccinale suffisante afin de les protéger. Et ce principe fonctionne si la majorité de la population accepte d'être vaccinée.

Ainsi, ce libre choix éclairé du patient n'est peut-être pas tout à fait transposable en ce qui concerne la vaccination.

4.2.3/ STRATEGIES : UN INTERET NON NEGLIGEABLE

Même si elles ne semblent pas suffisantes, les stratégies de communication ont leur importance. Cette étude révèle que la décision vaccinale ne se joue pas seulement pendant LA consultation. Le terme « stratégies de communication » est donc réducteur comparé à l'ampleur de l'arsenal de stratégies élaborées par les médecins généralistes.

D'autre part, cette étude permet de valoriser le travail des médecins généralistes comme « **spécialistes de la vaccination** ». En effet, ils sont présents à différents âges de la vie et prennent en charge, en général, la famille dans son ensemble. De plus, ils insistent sur la nécessité de répéter les consultations, de laisser un temps de réflexion, d'ouvrir la possibilité pour les patients, de venir poser leurs questions, d'analyser ensemble les documents qu'ils peuvent trouver sur internet. Ceci pouvant, plus facilement, être réalisé par le médecin généraliste, médecin de premier recours. Ceci permet de développer une **relation de confiance** qui semble nécessaire pour entraîner un changement dans la décision vaccinale.

Par exemple, le projet de santé publique d'une MSP, comprenant l'organisation de consultations spécifiques à la vaccination, par un médecin formé en vaccinologie, autre que le médecin traitant, se révèle être un échec. Ces consultations dédiées ne semblent pas avoir eu d'efficacité sur l'adhésion vaccinale. L'apport d'arguments solides n'est donc pas suffisant pour entraîner un changement positif dans la décision vaccinale. La relation de confiance qui est construite avec son médecin est capitale, ainsi que la façon qu'il a de mener les consultations. Cette façon de mener les consultations, est propre à chaque médecin, et généralement, elle correspond aux patients qui viennent le voir.

4.3/ PERSPECTIVES

Il pourrait être intéressant de réaliser la même étude mais du côté des patients, en les interrogeant sur leur ressenti par rapport à la façon dont leur médecin présente et explique la vaccination. Cet aspect nous a paru intéressant, car plusieurs jeunes parents de notre entourage personnel nous ont parlé de la façon dont on leur avait présenté la vaccination. Et la plupart n'avaient pas été rassurés ni mis en confiance par rapport à ce qui leur était proposé. Souvent à cause de la manière dont s'était déroulée la consultation et dont on leur avait présenté le calendrier vaccinal.

D'autre part, l'idée proposée par un médecin d'organiser des ateliers, sur le principe des ateliers d'éducation thérapeutique, rassemblant des patients, animés par un spécialiste où le savoir circulerait de manière horizontale et non verticale, semble intéressante à développer.

5. CONCLUSION

En France, l'hésitation vaccinale est assez importante : 41% des français estiment que les vaccins ne sont pas sûrs [16].

Les autorités sanitaires ont mené des études pour identifier les freins à la vaccination ; ainsi, ils ont mis en place différentes politiques vaccinales pour répondre à cette méfiance. La dernière mesure étant l'extension de l'obligation vaccinale entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Très souvent confrontés à cette hésitation, les médecins généralistes ont aussi mis en place leurs propres stratégies. Celles-ci pouvant être des stratégies de communication, utilisées pendant la consultation, mais aussi des stratégies en amont de la consultation.

D'après eux, la confiance et l'adhésion à la vaccination sont multifactorielles. Cette dimension est importante à prendre en compte, afin de répondre au mieux aux raisons de la méfiance et de l'hésitation vaccinale.

Pour redonner confiance dans la vaccination, les médecins généralistes devraient être à la fois dans la conviction, en apportant des arguments rationnels, épidémiologiques et scientifiques, démontrant l'intérêt de la vaccination sur la réduction de la morbi-mortalité. Mais, ils doivent aussi être dans la persuasion, c'est-à-dire prendre en compte la réaction émotionnelle que peut avoir le patient et s'adresser à sa sensibilité.

Il n'y aurait pas une seule technique de communication permettant d'entraîner un changement positif dans la décision vaccinale. L'adaptation au patient et à ses réactions, afin de répondre à ses inquiétudes et ses doutes personnels, est primordiale.

On a pu voir que les attitudes des médecins sont extrêmement diverses, allant d'un refus de la discussion à une réflexion poussée en amont de la consultation. Ceci dans le but d'informer, de faire réfléchir et de rétablir la vérité, mais sans précipitation, dans le respect de la réflexion des personnes et sans jugement, dans tous les cas.

Malgré une certaine lassitude du refus vaccinal que l'on a pu, parfois, ressentir, les médecins ne renoncent pas. Ils y passent du temps et reviennent régulièrement sur le sujet.

En conclusion, les médecins généralistes ne se limitent pas aux politiques vaccinales décidées par les gouvernements. Leur ressenti et leur expérience leur permettent de développer leurs propres stratégies, en s'adaptant, au plus près, aux attentes de leur patientèle afin d'entraîner un changement positif face à l'hésitation vaccinale.

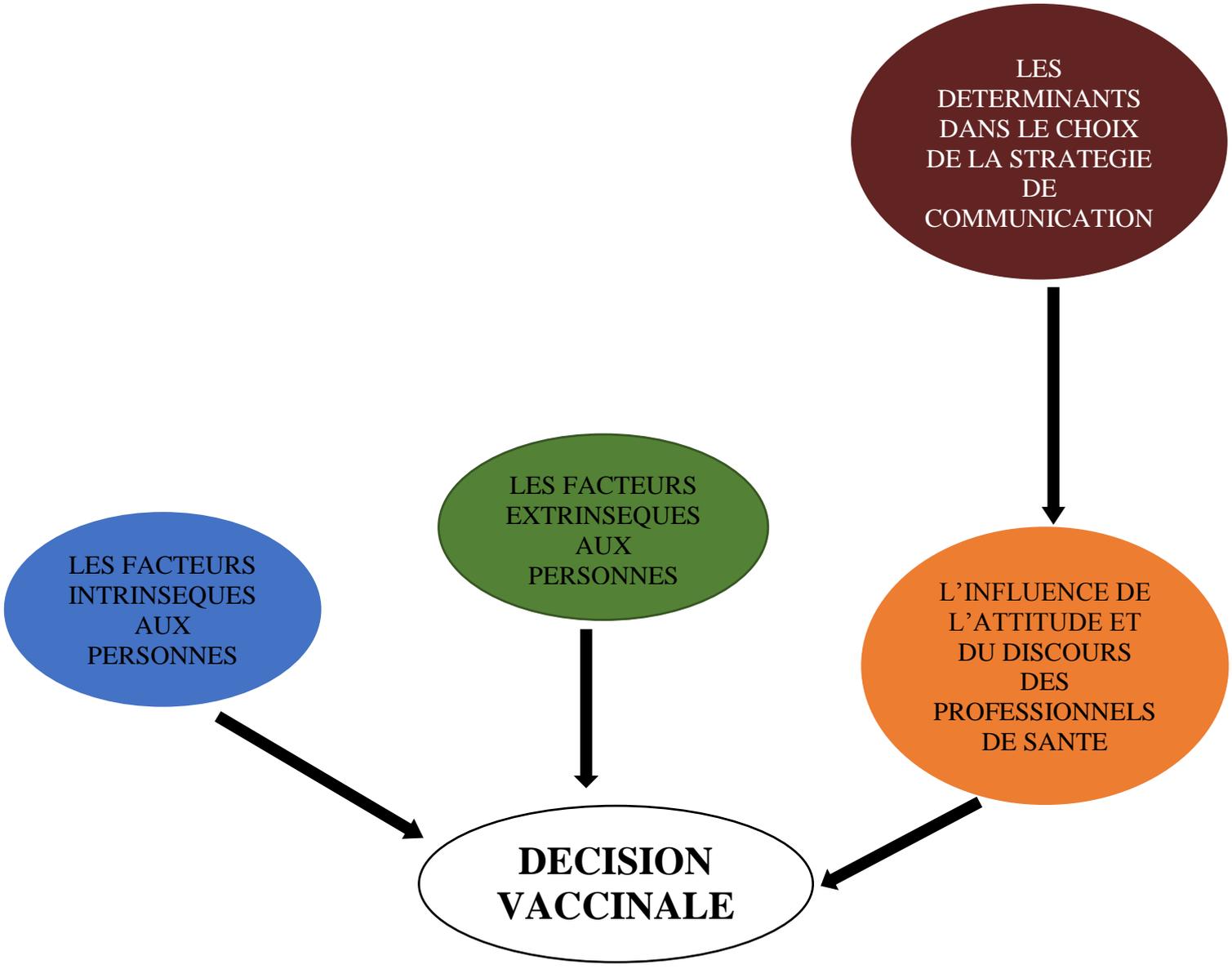


Figure n° 5 : Les facteurs influençant la décision vaccinale

BIBLIOGRAPHIE

1. Bazin H. L'histoire des vaccinations Ed. 1 [Internet]. John Libbey; 2008 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.www.ezp.biu.montpellier.fr/catalog/book/docid/88821224>
2. Barnéoud L. Immunisés ? Un nouveau regard sur les vaccins. Premier Parallèle; 2017.
3. Le guide des vaccins 2016-2017. Science & Vie. décembre 2016;Hors-série(277).
4. Voltaire. Lettres philosophiques. Onzième Lettre Philosophique. 1734.
5. Rey A. Vaccination. In: Dictionnaire historique de la langue française. 2010.
6. Moulin A-M. «La vaccination a toujours connu des crises» [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/reticence-tous-les-ingredients-sont-reunis>
7. Lebrun J. La Vaccination : débats et combats. La marche de l'Histoire. France Inter; 2016
8. Keck F. L'échec global et national de la vaccination H1N1. Esprit. 2010;Février(2):158-61.
9. Peretti-Watel P, Verger P, Raude J, Constant A, Gautier A, Jestin C, et al. Dramatic change in public attitudes towards vaccination during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in France. Eurosurveillance. 31 oct 2013;18(44):20623.
10. Renaud L, Sotelo CR de. Communication et santé : des paradigmes concurrents. Santé Publique. 2007;19(1):31-8.
11. OMS | Les programmes de vaccination sont de plus en plus confrontés aux hésitations de la population [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/vaccine-hesitancy/fr/>
12. Cortaredona S. ForMéVac : développement, mise en oeuvre et évaluation d'une formation des médecins généralistes libéraux à la vaccination, en région PACA. Les médecins face à la crise vaccinale : quel constat, que faire ?; 2017 mai; Marseille.
13. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale de janvier 2016. Journal de pédiatrie et de puériculture. 25 avr 2016;29(2):72-126.

14. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport de la concertation citoyenne sur la vaccination [Internet]. 2016 nov. Disponible sur: <http://concertation-vaccination.fr/wp-content/uploads/2016/11/Rapport-de-la-concertation-citoyenne-sur-la-vaccination.pdf>
15. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016. (Collection U).
16. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. 1 oct 2016;12:295-301.
17. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. EBioMedicine. 23 juin 2015;2(8):891-7.
18. Verger P, Collange F, Fressard L. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Ministère des Affaires sociales et de la Santé - Etudes et résultats [Internet]. mars 2015;(910). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes>
19. Verger P. Prévalence et déterminants de l'hésitation vaccinale chez les médecins généralistes de ville en France : résultats du projet MEDEVAC 2015-2017. Les médecins face à la crise vaccinale : quel constat, que faire ? ; 2017 mai; Marseille.
20. Moreau A, Dedienne M-C, Labarere J, Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. La revue du praticien - médecine générale. 20 déc 2004;18(674/675):1495-8.
21. Engberink AO, Carbonnel F, Lognos B, Million E, Vallart M, Gagnon S, et al. Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français. Can J Public Health. 16 mars 2016;106(8):527-32.
22. HAS. Synthèse de l'état des lieux : Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Octobre 2013.

23. Drahi E. Comment partager la décision sur les vaccinations avec les parents ? Médecine. 1 mars 2017;13(3):119-22.
24. Sommer J, et coll. L'éducation thérapeutique et motivation du patient. Montréal; 2016. (Richard C et Lussier MT « la communication professionnelle en santé » 2e éd. ERPI).

ANNEXE 1 : Mail de contact

Bonjour,

Je m'appelle Marie CHAUSSADE, je suis interne de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, dirigée par le Dr Angélique MURY, je m'intéresse à la vaccination et en particulier aux stratégies de communication utilisées face à l'hésitation vaccinale des patients. Pour cela, je réalise une étude qualitative à l'aide d'entretiens afin de recueillir l'expérience et le ressenti des médecins généralistes confrontés à cette hésitation vaccinale.

Il s'agirait d'entretiens courts et anonymes, pour lesquels je me déplacerais à votre cabinet.

Je vous laisse mes coordonnées pour me recontacter :

Marie CHAUSSADE

06.70.21.06.05

marie.chaussade@yahoo.fr

Je vous remercie par avance de votre participation.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

1/ La vaccination, en pratique, comment l'abordez-vous en consultation ?

- Pour la primo-vaccination chez les nourrissons ? Par rapport à l'obligation vaccinale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, comment l'abordez-vous ?
- Pour les rappels chez les enfants / adolescents/ adultes ?
- A quelle occasion ? systématiquement, par exemple, lors des consultations pour demande de certificats de non contre-indication au sport ? ou à la demande du patient ?
- Quelle est votre attitude quand certaines vaccinations recommandées ne sont pas effectuées ? Donnez-vous une information ?
- Comment vous sentez-vous dans la relation avec les patients hésitant face à la vaccination ? Et à l'inverse, avec un patient ouvert à la vaccination en général ?
- Quels types d'informations donnez-vous dans chaque cas ?

2/ Sur le plan de la formation et des connaissances :

- En vaccinologie, comment vous situez vous ?
- Et sur les techniques de communications : avez-vous eu une formation à des techniques particulières, par exemple entretien motivationnel ? En ressentez-vous le besoin ?

3/ Que pensez-vous personnellement de l'apport de l'utilisation de techniques de communication particulières dans la discussion vaccinale ?

- Utilisez-vous une technique particulière ? des supports vidéo, papier ?
- Comment expliquez-vous le choix d'une technique différente selon le patient ? Avez-vous repéré des éléments qui vous font choisir une technique plutôt qu'une autre ?
- Pouvez-vous me raconter une consultation à propos de la vaccination qui vous a marqué ?
- Quelles sont les circonstances les plus propices, d'après votre expérience, pour entraîner un changement positif dans la décision vaccinale ?

4/ Comment pourrait-on vous aider à vous sentir plus à l'aise face à l'hésitation et au refus vaccinal ?

- Pensez-vous qu'une formation sur les techniques de communication, telle que l'entretien motivationnel, vous serait bénéfique ?

5/ Y a-t-il quelque chose que vous voudriez aborder dont nous n'avons pas parlé pendant l'entretien ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

INTRODUCTION : Plusieurs études ont été réalisées afin d'analyser les freins à la vaccination d'après les médecins. Le manque de formation, au niveau scientifique, était souvent cité, celui-ci rendant les praticiens peu à l'aise pour répondre aux arguments anti-vaccination. Mais, à cela, s'ajoute la difficulté en matière de « savoir-communiquer ».

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés dont l'objectif est de recueillir l'expérience des médecins généralistes sur les stratégies de communication qu'ils utilisent pour aborder la vaccination. Elle comporte 14 entretiens.

RESULTATS : Dans la majorité des cas, les médecins généralistes adoptent une attitude d'écoute du patient, d'exploration de ses connaissances, de ses attentes. Ils exposent ensuite leurs arguments qui sont de différents types selon la personne. Il apparaît primordial que le médecin soit à l'écoute et ne cherchent pas à convaincre le patient mais lui expose les arguments dont il dispose afin que celui-ci puisse choisir en ayant des informations fiables. Le médecin généraliste comme « spécialiste de la vaccination » est mis en évidence ; il est présent tout au long de la réflexion de ses patients.

CONCLUSION : Les stratégies de communication utilisées par les médecins généralistes ont un impact sur l'adhésion de leurs patients à la vaccination mais elles ne sont pas suffisantes, étant donné la variété des facteurs qui influencent la décision vaccinale.

MOTS-CLES :

Stratégie - Communication – Vaccination - Hésitation vaccinale - Médecine générale - Entretien Motivationnel