



HAL
open science

Face à la vaccination, place à la communication! Revue de littérature des moyens de communication sur la vaccination de l'enfant à disposition des professionnels de santé en consultation

Élise Clément

► To cite this version:

Élise Clément. Face à la vaccination, place à la communication! Revue de littérature des moyens de communication sur la vaccination de l'enfant à disposition des professionnels de santé en consultation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02956432

HAL Id: dumas-02956432

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956432>

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

Elise CLEMENT

Le 24 mai 2018

**FACE A LA VACCINATION, PLACE A LA COMMUNICATION !
REVUE DE LITTERATURE DES MOYENS DE COMMUNICATION
SUR LA VACCINATION DE L'ENFANT A DISPOSITION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE EN CONSULTATION.**

Directeurs de thèse : **Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK**
Madame le Docteur Elodie MILLION

JURY

Président :

M. Tu-Anh TRAN

Professeur des Universités et

Assesseurs :

Praticien Hospitalier

M. Gérard BOURREL

Professeur Emérite

Mme Elodie MILLION

Maître de Conférences Associé de

Médecine Générale

Mme Agnès OUDE ENGBERINK

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER–NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Elise CLEMENT

Le 24 mai 2018

**FACE A LA VACCINATION, PLACE A LA COMMUNICATION !
REVUE DE LITTERATURE DES MOYENS DE COMMUNICATION
SUR LA VACCINATION DE L'ENFANT A DISPOSITION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE EN CONSULTATION.**

Directeurs de thèse : **Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK**
Madame le Docteur Elodie MILLION

JURY

Président :

M. Tu-Anh TRAN

Professeur des Universités et

Assesseurs :

Praticien Hospitalier

M. Gérard BOURREL

Professeur Emérite

Mme Elodie MILLION

Maître de Conférences Associé de

Médecine Générale

Mme Agnès OUDE ENGBERINK

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BARMES Jean-Louis
 BARMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
 DU CAILAR Jacques
 DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri
 MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
 Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

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
 PELISSIER 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 2ème 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-Ophthalmologie
 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 :

LAOUDJ 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-vénérologie)

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
PANABIERES 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-vénéréologie
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

*"La chose la plus importante en communication,
c'est d'entendre ce qui n'est pas dit."*

Peter Drucker
Artiste, écrivain, Enseignant (1909 – 2005)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Tu-Anh TRAN,

Vous avez accepté avec enthousiasme de présider ce jury.

Je suis honorée de votre présence et de recevoir votre avis sur notre travail.

Soyez assuré de nos sincères remerciements et de notre infini respect.

À Monsieur le Professeur Gérard BOURREL,

Je suis honorée de votre présence et de recevoir votre avis sur notre travail.

Soyez assuré de nos sincères remerciements et de notre infini respect.

À Madame le Docteur Elodie MILLION,

Je suis honorée de ta présence aujourd'hui.

Je te remercie d'avoir accepté si gentiment de me guider dans ce travail et de t'être rendue si disponible. J'espère qu'il sera à la hauteur de ta confiance.

Sois assurée de mes sincères remerciements et de mon infini respect.

À Madame le Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK,

Je te remercie d'avoir accepté si spontanément et avec tant d'enthousiasme de diriger ma thèse.

Ce fut un plaisir de recevoir un enseignement à tes côtés durant l'internat et d'échanger avec toi sur ce travail. J'espère qu'il sera à la hauteur de ta confiance.

Sois assurée de mes sincères remerciements et de mon infini respect.

Aux médecins qui m'ont tant appris et ont mis leur pierre à ce bel édifice,

Merci à ceux qui m'ont accueillis et ont partagé leurs richesses et leurs « bottes secrètes » : Henri CLEMENT, Francis DURUPT, Bruno COQBLIN, Jean François MERCIER, Jean Pascal SASTOURNE, Yvan MILLA et tous ses associés.

Merci à Jean Pierre, François, Alain et Papa, qui m'ont, avant tout, fait connaître et aimé la médecine autour d'un bon repas et de sacrées anecdotes !

La Famille !

Maman, merci de on écoute, ton soutien et tes conseils si précieux, de tout ce que tu as fait pour nous et fait encore ! Merci de m'avoir transmis un peu de ta force de caractère à la Jojo et qu'« il n'y a pas que la médecin dans la vie ! ». Tu seras ma source d'inspiration maintenant que c'est mon tour. Et il en a de la chance mon crapaud d'avoir une mamie comme toi !

Papa, tu m'as transmis la passion de la médecine et la passion de la musique qui déménage ! Merci de m'avoir fait vibrer de tes anecdotes et de l'amour de ton métier. Merci de nous avoir fait vibrer les dimanche matins, du fond de notre lit, au son des 33 tours ! :-)) On aime ton « humour à la Riri », ton swing et ton déhanché inimitable. Léon a de la chance d'avoir un papi autant au top !

Gros ou le tonton au pays du père Noel ! Toi qui avait toujours chaud, tu dois être heureux maintenant ;) Loin des yeux mais pas loin du cœur, on se trouve toujours avec plaisir. Merci d'être là dès que besoin, je le serai toujours pour toi ! Et sinon à quand le retour en France ?! :))

Mamie dite « Mamie Thérèse » douce, généreuse, véritable cordon bleu et toujours prête à se plier en quatre pour nous faire plaisir. Merci pour tes soufflets, les soirées foulards à 23h et tes fous rires que j'adore ! Je suis heureuse Léon ait la chance de partager tant de moments avec toi.

Domi et Franck, mon cocon montpelliérain, où on est toujours choyé, chouchouté, dorloté et régala ! J'ai adoré tous ses moments privilégiés à vos côtés. Venez quand vous voulez, nous on ne manquera pas de venir plus souvent maintenant.

Tata Nadine (tata Odette) ma marraine ! Merci pour les samedi soirs à nous garder, tes confiot et tes tartes, un régal ! Tu nous as toujours gâté et on rigole tellement avec toi, une tata en or !!

Francis, mon parrain ! Merci pour tous tes cadeaux inimitables de ta collection Madonna ;) Merci de nous avoir raconté tous les Léon de la famille et tant d'anecdotes et de souvenirs dont toi seul te rappelles.

Jillou, ma filleule de l'autre bout du monde ! 17 ans et déjà plus de langues parlées, plus d'heures de vol passées, plus de personnes rencontrées, plus de capitale habitée, mais où vas tu t'arrêter ?! ;-) Je serais toujours là pour toi ! Plein de bonheur où que tu sois.

Mido, tu nous manques, surtout que ca va être « bilou » tout le weekend ! CAMPAÏ !!!

JM qui a bercé notre enfance de douceurs : « tu vas avoir une salade de cailloux », « à l'usine à 5 ans » ! Toujours le mot pour rire, la plage pour le pique-nique, le verre pour l'apéro, la disponibilité pour aider, et j'en passe ! Merci tonton !

Steph pour ta bonne humeur, ta motivation constante et tes trop bonnes pizzas.

Emma, belle, intelligente et un sacré répondant.

Matisse l'intrépide, l'artiste et son caractère trempé.

Ravie que vous ayez agrandi notre famille ! Et merci de chouchouter autant notre loulou.

Aux « Gabi », mes oncles et tantes, cousins et cousines et nos retrouvailles toujours autour d'une grande tablée !!

Annie et François, merci de m'avoir si bien accueillie, d'être toujours bienveillants et généreux avec nous. Je suis heureuse que Léon ait une Mamoune et un Papoun' comme vous !

Mamie Lulu, il n'y en a pas deux comme toi ! Tu m'a appris la liberté, le franc parler, la joie de vivre et la non modération. Ce soir je trinquerais à toi !

Papi Marcel, papi de cœur ! Tu nous a beaucoup appris, toujours gâté et tellement montré que tu étais fier. Ca a énormément compté ! Papi, aujourd'hui, je partage ma réussite et mon bonheur avec toi.

À mes deux grand pères que je n'ai hélas pas connu.

À vous, que cette garce de vie nous a prie trop vite...

À Isa

À Pierre-Alain

À mes deux amies d'enfance : merci pour votre aide précieuse durant ce travail et vive les soirées totem et les licornes à paillettes !

Marion, ma ionion, jadis princesspokemon :p J'aime ce que nous sommes devenues ensemble. Tu es entière, intelligente, élégante, passionnée et passionnante. Pour les mauvais moments et, olala, surtout pour tellement de bons, tu étais là ! Merci de ton amitié infailible.

À tous nos moments si magiques complètement «dé-chirées » au milieu des sauterelles et fromages aux fines herbes ;)

À Mathilde pour sa patience ! ;) C'est un plaisir de te voir aux cotés de mon amie.

Héloïse, tu es fantastique, un grain de folie qui m'émerveille, une connaissance et une curiosité que j'admire, une femme magnifique, une amie que j'aime, maintenant une mère qui s'épanouie.

À Yohann qui a choisit de te supporter et qui réussit !

À Freya qui va te matter ;)

Je vous souhaite un bonheur infini !

Aux Lorrains : comment qu'c'est gros ?

Nathalie, merci pour ta maladresse si drôle, ta gentillesse si attachante et les dimanche soirs ensemble de retour à Nancy ! Heureuse pour vous avec votre adorable Robin. Venez nous voir !

Vincou et Thomas, ça fait si longtemps... mais j'ai grandi avec vous et pour ça vous compterez toujours énormément pour moi.

Nicoco, mon coton-tige d'Ouhmont ;-) À nos formidables et imprévisibles moments ensemble ! Ne change rien, ta générosité, ton enthousiasme débordant et ta folie qui font bouillonner ton cerveau

! Je suis heureuse de partager encore tant de bons moments avec toi, Onisoa et Hanaé dont je suis fière et honorée d'être la marraine. À votre nouveau bonheur à venir ;)

Pépé et PO vous faites partie des vieux amis maintenant !

PO la force tranquille aux 1000 projets ! Il serait tant de d'y mettre...

Pépé, notre madame potin. Merci d'être toujours présente, rassembleuse, motivante et presque toujours de bonne humeur :p Merci de ton aide pour ce travail. Et encore merci de m'avoir cassé les pieds pendant des heures à me vendre Montpellier, la moitié de ces remerciements te sont dû !

À vos projets que vous allez réaliser c'est sûr !

Mariu, Bignamite et Thob, merci pour tous ses bons moments passés autour d'un repas suivi d'un « TLMVPSP » online ! Merci Mariu d'avoir partagé l'étage fille avec moi, Blaise de m'avoir changé les idées pendant ma D4 et Thomas de me supporter encore et toujours (heureusement pour toi moins souvent maintenant...) !

Caro, on s'est découvertes tardivement mais aimées passionnément ! Hélas la distance ... Mais rien n'est perdu ! (sauf si tu n'es pas là aujourd'hui... ;) Je vous souhaite plein de bonheur avec ton « beau » maxime et promis on viendra sentir la frite et la moule avec vous pouet pouet !

Marie-Laure tu as toujours soif d'aventures, de découvertes, de toujours plus et surtout soif tout court ! J'adore profiter de cette passion à tes cotés. J'espère que tu trouveras le bonheur que tu mérites ! À très bientôt j'espère et haut en couleur comme avant.

René, on a partagé tellement de fous rires, moments BM, commérages et langues de vipère. Merci de m'avoir fait découvrir le cœur de tes orgues et régalié de ton humour si grinçant !

Mathilde et nos soirées DU à Montpellier, conviviales et bien marrantes !

À tous ceux qui ont compté et, avec moi, ont séché, ont buché, se sont déguisé, ont fait la fête...

À la montpeul'team,

Breto-pariso-antillo-grenoblo-lyonno-tourango-bordelo-toulousaine !

Anouk, mon gnocchi, tu es ma première belle rencontre de cet internat ! Merci pour nos moments privilégiés, ta folie et ta volonté de toujours organiser des moments retrouvailles autour d'un repas ou d'un bon verre :-)

Lolo, à nos parties de badminton endiablées, à toutes les soirées déguisées, à ton accent incompréhensible et ta bonne humeur constante !

J'ai été témoin(gue) de votre complicité débutante et suis plutôt satisfaite du résultat ;) Une belle réussite Issac, je vous souhaite plein de bonheur.

Julie, ce fut un plaisir de vivre ses premiers mois d'internat à fond à avec ta joie de vivre et ta simplicité ! Plein de bonnes choses à toi, Pierre et la belle Mathilde !

Anouk, c'est toi qui sssocupe ! Quelle plaisir cette coloc avec toi : 1/3 déprimée, 1/3 avec Michel, 1/3 à préparer ton départ... ;) Une belle amitié ! Tu es une personne magnifique mon petit.

Et merci de m'avoir présenté tes barjots de potes de maisons-alf ;)

Jean Seb, après 3 ans à se croiser (et ton squat à l'appart ;), une soirée autour de quelques pintes m'a permis de te découvrir et t'apprécier comme si ça faisait des années ! Une belle surprise.

À votre magnifique « bout de vous », une beauté ! (Léon est sur le coup ;) Soyez heureux.

Popo ma madame câlin à moi avec tes tenues toujours colorées

Kéké, intarissable curieux

Déjà beaucoup de souvenirs en commun ! Un grand merci à tous les deux pour cette fantastique coloc guyanaise, votre enthousiasme constant, vos petites prises de bec rigolotes et surtout de m'avoir accueillie si gentiment pour partager cette splendide aventure. Vive le poulet boucané ! À votre belle vie à Perpi, promis on va venir !!!

Barbichette toujours à 200%, tu es une fille en or ! C'est toujours un super moment d'être avec toi.

Mag, mon canari des îles ! Je remercie cette coloc de perpi qui m'a permis de t'apprivoiser. Tu es magnifique, drôle, râleuse et attachante ! C'est vraiment que pour toi si on vient aux Antilles dans ta villa au bord de mer ;) Tu me manques...

Leila, j'aime ta folie des grandeurs, tes choix vestimentaires, ton exubérance et la simplicité, malgré tout cela, de notre amitié. Un vrai coup de cœur !

Juju, ta folie va si bien avec celle de ma copine ! Heureuse d'être obligée de te voir à chaque fois ;)

2 zinzins + 1 tir en coin = Abel le joli petit chat ! Plein de ronronnements à vous.

Jaja notre galette adorée ! Ton rire, ta naïveté et ta spontanéité me manquent... J'espère que tu vas rester le weekend entier qu'on profite à nouveau toutes ensemble !!!

Martin, le coq en pâte de la coloc, que j'ai pris un réel plaisir à bousculer :) Je ne te remercie pas pour tes talents d'homme d'intérieur... mais pour nous faire toujours bien rire, ça compense !

Coco la douceur, la gentillesse et le sourire. Je t'admire tellement de supporter Martin ! :p

A votre nouveau bonheur tous les 3 !

Audrey tu es pétillante et tellement souriante, c'est contagieux ! On a passé de sacrées soirées internat ;) On remet ça ce soir ?

JGA mon coloc-cointerne qui m'a supporté 6 mois 24h/24. Hâte de te revoir

À tous les autres coloc et co-internes qui ont fait les bons moments (ou pas) de mon internat.

À tous ceux dont nos routes se sont croisées et se croisent parfois encore et qui ont contribué à la richesse de toutes ces années : Aline, Zoé et Sarah, Justine et Lesly, Marie et Matthieu, Guillaume et Lili, Maysi, Stéphanie, Salomé,.....

Aux infatigables, incontrôlables, insortables et intarissables soiffards : les oufs !

Choupi, Poulos et Laure, JD, Gros, Alex et Catherine, Laeti, Souch et Antonin, Béné, Les marcirouet, et tous les autres qui font la magie de ce groupe !

Et spéciale dédicace à Doudou ma co-thésarde : Vivement qu'on trinque à nos réussites :)

Aux Sudistes !

Roxane, Loulou, Jéjé pour nos soirées arrosées-jeux de société-végé.

Chritine et Chritian, comme nous, amateurs de bons temps et moments conviviaux !

Et mes meilleurs à moi pour la fin !

À Léon, mon crapoutch ! Je ne me lasse pas de tes sourires, tes bisous pleins de « mordant », tes imitations du lion et ta malice qui nous fait déjà tourner en bourrique.

Tu es notre rayon de soleil et notre fierté, jamais je n'aurais pensé aimer autant !

« Il faut bien lui parler, Léon. Il faut la faire rire, Léon, il faut la faire rougir, Léon, il faut la faire danser ! »
(Karpatt - Léon)

À toi mon chouchou d'amour,

Matthieu avec tes DEUX « T » comme Tatillon et Taquin, Tordu et Tordant, Têtu et Tendre ;)

Merci de m'avoir soutenue et motivée durant ce travail (à ta façon parfois), de prendre soin de nous, de me bousculer, me faire rire, m'aimer, me supporter... de partager ta vie avec moi.

Déjà tant de bonheurs et de projets réalisés ensemble. À tous les futurs à venir !

Merci à tous d'être venu aujourd'hui !!!

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	19
1.1. PIQURE DE RAPPEL.....	20
1.2. ETAT DES LIEUX EN FRANCE.....	20
1.3. CHOIX DU SUJET.....	21
2. METHODOLOGIE	25
2.1. MATERIEL ET METHODE.....	26
2.2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	26
2.3. SOURCES D'INFORMATION.....	27
2.4. STRATEGIE DE RECHERCHE.....	28
2.5. SELECTION DES ETUDES.....	30
2.6. EXTRACTION DES DONNEES.....	30
2.7. EVALUATION METHODOLOGIQUE DES ARTICLES.....	31
3. RESULTATS	32
3.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	33
3.1.1. Dans la base de données Pubmed.....	33
3.1.2. Dans la base de données Cochrane.....	34
3.1.3. Dans la base de données BDSP.....	35
3.1.4. Dans la base de données SUDOC.....	36
3.1.5. Sur le site de l'HAS.....	37
3.1.6. Sur le site du CNGE.....	38
3.1.7. Sur le site de la SFMG.....	38
3.1.8. Sur le site InfovaC.....	39
3.1.9. Dans les revues.....	40
3.1.9.a. Exercer.....	40
3.1.9.b. Prescrire.....	41
3.1.9.c. Le Quotidien du Médecin.....	42
3.1.9.d. La revue du Praticien.....	43
3.1.10. Sociétés savantes (SS) internationales.....	44
3.1.11. Lecture des références bibliographiques.....	45
3.2. RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	47
3.2.1. Lieux.....	47
3.2.2. Schéma d'étude.....	47
3.2.3. Vaccins.....	47
3.2.4. Population.....	47
3.2.5. Communication.....	48
3.2.6. Participants / nombre d'articles.....	48
3.2.7. Conflits d'intérêt et financements.....	49
3.2.8. Evaluation méthodologique.....	49
3.3. PRESENTATION DES RESULTATS A PROPOS DE LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE ET PARENTS	50
3.3.1. Aspects liés aux médecins.....	50
3.3.1.a. Importance de la relation avec le médecin.....	50
3.3.1.b. Motivation et savoir-faire certains.....	51
3.3.1.c. Freins et barrières personnels.....	52
3.3.1.d. Des améliorations à prévoir.....	53
3.3.2. Une efficacité prouvée.....	54
3.3.3. Forme.....	55
3.3.4. Contenu.....	58
3.3.4.a. Qualité de la « recommandation ».....	58
3.3.4.b. Préoccupations des parents.....	59
3.3.4.c. Le report.....	60

3.3.5.	Sur quoi s'appuyer ?	61
3.3.5.a.	Stratégies de communication	61
3.3.5.b.	Outils de mesure de la réticence	62
3.3.5.c.	Formations et entraînements	64
3.3.5.d.	Organisation des consultations	67
3.3.5.e.	Sociétés savantes.....	68
3.3.5.f.	Le carnet de santé.....	69
3.3.5.g.	Obligation vaccinale.....	69
3.3.6.	Problématiques liées à la vaccination anti HPV	70
4.	DISCUSSION.....	71
4.1.	SYNTHESE DES RESULTATS.....	72
4.2.	FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	74
4.2.1.	Méthodologie	74
4.2.2.	Validité externe.....	76
4.3.	DISCUSSION DES RESULTATS	78
4.3.1.	Mise en perspective avec deux revues de littérature.....	78
4.3.2.	L'approche centrée sur le patient.....	79
4.3.3.	Influence des représentations et des attitudes des médecins.....	81
4.3.4.	Efficacité de l'entretien motivationnel	83
4.3.5.	Stock de vaccins au cabinet	84
4.3.6.	Communication en prénatal.....	85
4.4.	PERSPECTIVES PERSONNELLES ET GLOBALES	86
4.4.1.	Personnelles.....	86
4.4.2.	Globales.....	86
5.	CONCLUSION.....	88
	BIBLIOGRAPHIE	90
	ANNEXES.....	97
	Rougeole, bulletin hebdomadaire.....	98
	Calendrier vaccinal simplifié 2018.....	100
	Lignes directrices PRISMA en français.....	101
	Caractéristiques et principaux résultats des articles sélectionnés.....	103
	PACV score	111
	PACV short scale	111
	Marguerite des compétences	112
	<i>Liens utiles à la communication sur la vaccination.....</i>	<i>113</i>
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	114
	Permis d'imprimer.....	115
	RESUME ET MOTS CLES.....	116

Liste des Figures et Tableaux

Figure 1 : Diagramme des flux de sélection et inclusion des articles.....40

Liste des Abréviations

ACP : approche centrée sur le patient

BCG : Bacille de Calmette et Guerin

BDSP : Banque de données en Santé Publique

CDC : Center for Disease Control and prevention

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé.

EM : Entretien Motivationnel

DTP : Diphtérie tétanos Poliomyélite

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPV : Human Papilloma Virus

IC95 : intervalle de confiance à 95%

JADAD : Nom de l'auteur de la grille

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd ratio

PACV : Parental Attitude about Childhood Vaccination.

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

ROR : Rougeole Oreillons Rubéole

SFMG : Société Française de Médecine Générale

STROBE : The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

VIS : Vaccine Information Statement

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

1. INTRODUCTION

1.1. PIQURE DE RAPPEL

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La vaccination consiste à immuniser une personne contre une maladie infectieuse » et ainsi « permet d'éviter la morbidité, les incapacités et la mortalité due aux maladies à prévention vaccinale » (1)

Les bienfaits de la vaccination sont à ce jour pleinement démontrés avec une diminution du nombre de cas de maladies à prévention vaccinale. Des campagnes de masse mondiales ont permis une baisse de l'incidence des cas de poliomyélite et de rougeole (99% et 40% respectivement) (2), voire une disparition complète de la maladie telle que la variole, déclarée maladie éradiquée depuis 1980. Ainsi, la diminution de nombre de décès par an s'élèverait à plus de 2 à 3 millions (1). Ce phénomène peut s'expliquer par le grand nombre de personnes vaccinées (protection individuelle), mais également à l'immunité de groupe, qui, si elle est suffisante, confère une immunité aux quelques individus non vaccinés. Cependant, cette immunité individuelle apporte une protection dans la mesure où l'individu a reçu à un âge donné le nombre de doses recommandé pour son âge (3).

La couverture vaccinale sera efficace quand elle atteindra les objectifs fixés par l'OMS d'environ 95% pour l'ensemble des maladies à prévention vaccinale, hormis la grippe pour laquelle un taux à 75% est suffisant (4). Une stagnation moyenne à 85% pour les vaccins Diphtérie–Tétanos–Poliomyélite (DTP) et hépatite B, à 70% pour l'*Haemophilus*, et à 42% pour le pneumocoque (5) ne permet pas l'immunité individuelle ni collective.

1.2. ETAT DES LIEUX EN FRANCE

En 2015, pour le vaccin Rougeole–Oreillons–Rubéole (ROR), la couverture vaccinale à 2 ans était estimée à 90,5% pour 1 dose et à 78,8% pour 2 doses (6). Depuis novembre 2017, on assiste à une recrudescence de rougeole avec plus de 1700 cas, dont 96% depuis début 2018 soit une multiplication par 7 de l'incidence comparée à celle mesurée à la même date en 2017. On dénombre à ce

jour plus de 350 hospitalisations (21% des cas) dont 16 en réanimation et 1 décès (7) (Annexe 1)

Ce phénomène peut être dû à la réticence que l'on décrit en France depuis quelques temps. Selon le « baromètre santé 2016 », étude réalisée sur 15000 Français âgés de 15 à 75 ans, le constat est le suivant : l'adhésion à la vaccination (75,1%) a augmenté par rapport à 2010 (61,2%), mais diminue à nouveau par rapport à 2014 (78,8%) (8). Cette tendance, internationale, prédomine en France comme en témoigne une étude réalisée en 2015 auprès de 67 pays. En effet, 45,2% des Français rapportaient un avis négatif sur la vaccination (importance, sécurité, efficacité et compatibilité religieuse) (9).

Une obligation vaccinale vient d'être votée en décembre 2017 dans le but d'améliorer les taux de vaccination et de stopper ces recrudescences (10). En effet, depuis le 1^{er} janvier 2018, le calendrier vaccinal compte désormais 11 vaccins obligatoires pour les nourrissons jusqu'à l'âge de 18 mois (Annexe 2). Cette mesure rentre dans un mouvement mondial de promotion de la vaccination : le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 (11).

1.3. CHOIX DU SUJET

J'ai été frappée depuis le début de mon activité professionnelle par les questionnements grandissants des parents et leur refus assumé au sujet de la vaccination.

Dans le cadre de la vaccination de l'enfant, la responsabilité des parents rentre en compte dans cette décision et peut être lourde de conséquences. Tout comme les médecins, les parents ont une règle d'or : primum non nocere ! Quel est donc le bon choix pour mes enfants ? Qui croire ? Qui peut m'aider ?

Les parents perçoivent leur enfant comme « inégal devant la maladie et le vaccin » et cette vulnérabilité les influence largement dans leur réflexion. Ils apparentent la vaccination à un choix éducatif, face à cette ambivalence de désir de protection et de peur de l'imprévisible (12).

La nouvelle loi d'obligation vaccinale concerne uniquement les enfants nés à compter du 1er janvier 2018 (10) laissant les parents des enfants nés de 2000 à 2018 seuls décisionnaires. De plus, des craintes apparaissent chez certains professionnels de santé quant aux risques de provoquer une réaction opposée à celle escomptée. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), interrogé à ce sujet, redoute un renforcement de l'opposition vaccinale (13) Quant à la revue Prescrire, ils évoquent même le risque d'un « affrontement avec des parents convaincus de défendre les enfants » (14).

Dès lors, tout le débat reste d'actualité. Continuer d'informer sur les maladies et expliquer les enjeux de la vaccination semble essentiel. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé soient armés pour assurer toute la pédagogie nécessaire et la promotion de la vaccination ; surtout pour les médecins généralistes qui assurent environ la moitié des vaccinations (15)

Je me suis donc intéressée à travers une première revue de littérature à cette question du refus de vaccination par les parents et j'ai pu en faire 3 constats principaux.

De nombreuses études ont été réalisées dans le but de mieux comprendre les freins à la vaccination comme la peur des effets indésirables, la méfiance émanant des controverses, le manque de communication et les doutes sur le bienfondé de la vaccination (16) (17).

Afin de lever ses freins, il fut question d'évaluer l'efficacité d'interventions à visée informative ou éducative. Qu'il s'agisse d'une intervention isolée ou dans le cadre d'une consultation, les bénéfices ne sont pas toujours prouvés. Par exemple, l'utilisation de messages forts ou d'images sur les maladies à prévention vaccinale (18) (19) ou encore l'éducation sur des groupes de patients (20) n'ont pas montré d'effets positifs sur l'intention de vacciner. Ainsi force est de constater qu'une promotion de la vaccination basée sur la peur n'a démontré aucune efficacité (18). Une revue systématique de littérature de la Cochrane sur les interventions utilisées dans le cadre de consultations ne met pas en évidence d'efficacité sur le taux de vaccination ni sur la connaissance ou la compréhension des parents (21).

L'absence d'efficacité des interventions d'éducation est également confirmée par la revue de littérature de Williams N. et al. Seules les stratégies visant le rappel du calendrier vaccinal montrent une efficacité dans 1/3 des cas (22)

Cependant, pour les parents, le médecin garde une place de choix : son avis d'expert, ainsi que sa capacité à communiquer restent des atouts majeurs (23) même pour les parents hésitants ou refusant la vaccination (24). Dans une revue de littérature des interventions menées pour la vaccination anti Human Papilloma Virus (HPV), celles ciblant à la fois le patient et le médecin montrent plus d'efficacité sur les taux de vaccination.

Ainsi la relation médecin-patient semble être un facteur associé à une meilleure adhérence à la vaccination (25).

Cette méfiance se répercute sur les pratiques des médecins comme le constate l'enquête qualitative de Grall et al : face à cette hésitation vaccinale et malgré leur conviction en faveur de la vaccination, les médecins développent leurs propres préoccupations. Ils expriment des difficultés à argumenter les controverses ou une peur des potentielles réactions des parents devant l'apparition d'effets indésirables rares et présentent des attitudes discordantes : postures presque autoritaires afin de convaincre ou « lâcher-prise » avec le patient opposant afin de maintenir un lien. Ils s'adaptent et tentent d'améliorer leurs pratiques mais « les habilités relationnelles (...) les plus efficaces » pour leur promotion de la vaccination sont à définir (26).

C'est pourquoi à travers notre revue de littérature, nous faisons un état des lieux de l'ensemble des moyens de communication sur la vaccination de l'enfant à disposition des professionnels de santé lors d'une consultation.

Par définition, le terme « moyen » se réfère à une manière d'agir, un procédé qui permet de parvenir à une fin (27). Ainsi, nous nous intéresserons à la façon dont

les médecins communiquent, ce sur quoi ils communiquent et également ce sur quoi ils peuvent s'appuyer pour parvenir au but de la discussion.

Les moyens matériels que nous avons abordés précédemment (affiches, messages, vidéo, etc.) ont déjà fait l'objet d'études. Nous les intégrerons uniquement s'ils rentrent dans le cadre de la discussion entre professionnel de santé et patient. De même, les moyens de communication à grande échelle, telles que les campagnes de vaccination ou les sites internet, ne seront pas intégrés dans ce travail qui tend à analyser et comprendre la communication au sein d'une consultation médicale.

2. METHODOLOGIE

2.1. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une revue de la littérature, selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA (Annexe 3).

2.2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion des articles ont été les suivants :

- Type d'articles : méta-analyses et revues systématiques, essais cliniques de phase II ou III, études de cohorte, études cas-témoins, études épidémiologiques, études observationnelles, articles d'expert, thèses, livres.
- Dates de publication : du 1er Janvier 2008 au 1er avril 2018.
- Langues : français et anglais.
- Population étudiée : enfants de 0 à 18 ans en bonne santé dans le champ d'action des soins primaires.
- Vaccins retenus : vaccins utilisés chez l'enfant de moins de 18 ans en bonne santé dans le champ d'action des soins primaires.
- Critère d'analyse : analyse des procédés de communication dans le cadre de la relation médecin-parent en soins primaires.

Nous avons limité notre recherche aux dix dernières années de publication, afin d'étudier les données les plus récentes, dans un domaine en perpétuelle évolution.

Les critères d'exclusion des articles ont été les suivants :

- Sujet : intervention/analyse autour de la communication ne prenant pas en compte le professionnel de santé, ne prenant pas en compte la vaccination, en dehors du cadre d'une consultation c'est à dire en dehors de la relation médecin-parent ou sortant des soins primaires.

- Population exclue : adultes, populations particulières (immunodéprimé, grand prématuré, transplanté, grossesse, cancer, etc) qui sortent du cadre des soins primaires.
- Langue : autre que français ou anglais.
- Vaccins exclus : les vaccins saisonniers (grippe, rotavirus), les vaccins du voyageurs, les vaccins expérimentaux (malaria, helicobacter pylori...).
- Lieux de la vaccination : pays en voie de développement, englobant la totalité du continent Africain, l'Amérique du Sud et l'Asie (hormis Japon) qui présentent des systèmes et des politiques de santé non comparables aux nôtres.

2.3. SOURCES D'INFORMATION

Les recherches ont été effectuées sur 3 bases de données scientifiques : PubMed, Cochrane et la Banque de Donnée en Santé Publique (BDSP).

Nous avons choisi de faire une exploration de la « littérature grise » qui nous apporte un éventail de documents variés, facilement accessibles par le numérique et absents des circuits commerciaux (28).

Notre recherche s'est faite sur :

- Les sites des sociétés savantes nationales des domaines concernés (infovac, Collège National des Généralistes Enseignants, Sociétés Françaises de Médecine Générale (SFMG)).
- Les sites des sociétés savantes internationales de la Suède qui présente des taux optimums de couverture vaccinale (29), ainsi que des Etats Unis et du Canada qui présentent des couvertures vaccinales et des systèmes de santé comparables aux nôtres.
- Les agences de santé nationales et internationales, références dans la qualité de la santé par l'élaboration d'axes politiques et de recommandations de bonne pratique (OMS, Haute Autorité de Santé (HAS)).

– Les revues médicales Prescrire, Exercer, Le quotidien du médecin et La revue du praticien qui peuvent nous apporter des données utiles à la pratique médicale au quotidien.

– SUDOC pour les thèses françaises.

Nous avons également exploré les références bibliographiques des articles retenus.

2.4. STRATEGIE DE RECHERCHE

Le groupe de travail initial était composé de Dr OUDE ENGBERINK Agnès, directrice du projet, de Dr MILLION Elodie et de l'auteur de la thèse.

La définition des mots clés a été la suivante :

L'équation de recherche à établir doit permettre de sélectionner des articles permettant de répondre à la question : « Quels sont les moyens de communication sur la vaccination de l'enfant à disposition des professionnels de santé ? ».

La question se divise en 4 thèmes : vaccination, enfant, communication et professionnels de santé.

Nous avons attribué les mots clés, en anglais tirés du thésaurus MeSH, correspondant à chaque thème :

- Vaccination définie par « vaccine », « vaccination » et « immunization »
- Enfant terme générique regroupant « infant » de 1 à 23 mois, « preschool child(ren) » de 2 à 5 ans, « child(ren) » de 6 à 12 ans, et « adolescent » de 13 à 18 ans. Le terme « parent* » a été ajouté car la communication autour de la vaccination de l'enfant s'adresse essentiellement aux parents.
- Professionnel de santé regroupant « physician », « general practitioner », « health personnel », « nurse » et « pediatrician ».

- Moyen de communication défini par les termes « communication », « health promotion », « guideline » et « professionnel practice ». Nous n'avons pas trouvé d'équivalence Mesh au mot moyen, ni information, stratégie, échange, ou discussion.

Pour la base de donnée Pubmed, afin de simplifier l'équation de recherche, nous avons utilisé la troncature « * » qui permet d'élargir la recherche à tous les mots de racine commune et d'associer singulier et pluriel en un terme.

L'équation de recherche a ensuite été construite par l'association des mots clé, séparés par l'opérateur booléen OR, puis par regroupement des thèmes par l'intermédiaire de l'opérateur booléen AND, comme suivant :

- 1- ((vaccin*[MeSH Terms]) OR immuniz*[MeSH Terms])
- 2- (((communicat*[MeSH Terms]) OR health promotion*[MeSH Terms]) OR professional practice*[MeSH Terms]) OR guideline*[MeSH Terms])
- 3- (((((child*[MeSH Terms]) OR infant*[MeSH Terms]) OR child, preschool*[MeSH Terms]) OR adolescen*[MeSH Terms]) OR parent*[MeSH Terms])
- 4- (((((general practitioner*[MeSH Terms]) OR physician*[MeSH Terms]) OR health personnel*[MeSH Terms]) OR nurse*[MeSH Terms]) OR pediatric*[MeSH Terms])
- 5- 1 AND 2 AND 3 AND 4.

Pour les bases de données Cochrane et BDSP ainsi que la littérature grise, les mots clé seront associés en fonction du moteur de recherche. Les équations de recherche seront détaillées dans la partie Résultats.

De plus nous avons programmé une veille bibliographique une fois par semaine pour les bases de données Pubmed et Cochrane jusqu'au 1^{er} Avril 2018.

2.5. SELECTION DES ETUDES

La sélection des articles s'est faite en trois étapes, par l'auteur seul, ou après concertation avec le groupe de travail initial lors des doutes afin de limiter les biais de sélection : une première analyse par lecture du titre, une deuxième analyse par lecture du résumé, puis une troisième analyse par lecture du corps des articles, avec sélection de ceux correspondant aux critères d'inclusion prédéfinis.

2.6. EXTRACTION DES DONNEES

Un formulaire a été établi par l'auteur, validé par le groupe de recherche initial.

L'extraction des données s'est faite sur 10 critères.

- Références de l'article (titre, auteur, revue, date)
- Pays
- Type d'étude
- Vaccin étudié
- Population cible du vaccin
- Type de communication / critère de jugement principal
- Participants / nombre d'article (pour les revues de littérature)
- Evaluation méthodologique
- Conflits d'intérêt / compensation financière aux participants
- Principaux résultats

2.7. EVALUATION METHODOLOGIQUE DES ARTICLES

Afin d'argumenter le niveau de preuve de notre étude et apprécier la qualité des articles inclus et des données fournies, nous nous aiderons des outils d'évaluation méthodologique adaptés aux types d'étude :

- Essai contrôlé randomisé selon l'échelle JADAD modifiée qui comprend 5 questions.
- Etude descriptive selon la grille STROBE qui comprend 22 items.
- Etude qualitative selon la grille CASP qui comprend 10 questions dont 32 items.
- Revue de littérature selon la méthode R-AMSTAR qui comprend 11 items et un score /44.
- Revue de littérature qualitative selon la méthode ENTREQ qui comprend 21 items.

Ces grilles permettent avant tout une évaluation de la qualité et les points faibles d'un rapport. Il ne s'agit donc pas de notation (hormis R-AMSTAR). Nous avons tout de même choisi de faire le rapport du nombre d'items présents dans l'article sur le nombre d'items totaux ou le nombre de réponses positives présentes dans l'article sur le nombre de réponses totales, pour avoir une note.

Tous les documents n'ont pas pu être évalués car nous ne disposons pas de grille d'évaluation pour les articles d'expert.

3. RESULTATS

3.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

3.1.1. Dans la base de données Pubmed

Par l'intermédiaire de la recherche avancée, l'équation de recherche décrite précédemment a permis d'obtenir 136 articles.

À la lecture du titre, 42 articles ont été sélectionnés.

94 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 9 (absente), 9 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 6 (ne concerne pas l'enfant), 5 (en dehors des soins primaires), 4 (migrants, communauté)
- Pays : 14
- Vaccination : 5 (absente), 13 (grippe), 5 (rotavirus), 1 (Bacille Calmette Guérin (BCG)), 1 (oral)
- Autres sujets : 2 (allergie), 12 (économie, droit), 1 (média), 1 (effets secondaires), 3 (injection, douleur), 1 (Maladie Sexuellement Transmissible (MST)), 1 (tabac)

À la lecture du résumé, 25 articles ont été sélectionnés.

4 ont été exclus car aucun résumé n'était consultable.

13 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 6 (absente), 4 (n'aborde pas la relation médecin-parent), 1 (méthodologie d'article scientifique)
- Pays : 2
- Autres sujets : 1 (anti vaccination)

À la lecture du texte entier, 14 articles ont été sélectionnés.

1 article a été exclu car l'accès nous a été refusé.

10 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 5 (absente), 5 (n'aborde pas la relation médecin-parent)

Au total, 15 articles ont été retenus dont 1 issu de My NCBI.

3.1.2. Dans la base de données Cochrane

162 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante :

« vaccin* in Title, Abstract, Keywords or immuniz* in Title, Abstract, Keywords and child* in Title, Abstract, Keywords and communic* in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews ».

À la lecture du titre, 10 articles ont été sélectionnés.

2 ont été exclus car ils étaient des doublons de la recherche pubmed.

150 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 20 (absente), 4 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 10 (ne concerne pas l'enfant), 25 (en dehors des soins primaires)
- Pays : 4
- Vaccination : 29 (absente), 21 (grippe), 2 (rotavirus), 3 (BCG), 2 (cholera), 3 (hépatite A), 4 (herpes), 1 (fièvre typhoïde), 1 (encéphalite japonaise), 1 (fièvre jaune), 1 (Escherichia coli), 1 (variolo), 1 (varicelle), 4 (malaria), 1 (rhume), 1 (peste), 1 (maladie de Lyme), 2 (anthrax), 1 (dengue), 1 (leishmaniose)
- Autres sujets : 1 (allergie), 1 (effets secondaires), 1 (aluminium), 1 (tabac), 1 (taille de l'aiguille), 1 (incitation financière)

À la lecture du résumé, aucun article n'a été sélectionné.

10 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 7 (absente), 1 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Vaccination : 2 (absente)

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.3. Dans la base de données BDSP

Par l'intermédiaire de la rubrique « les services » puis « base documentaire ».

- 12 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante : « vaccination, communication, enfant » dans « tous champs » avec l'opérateur par défaut « ET » pour la période de 2008 à 2018.

À la lecture des titres, 2 articles ont été sélectionnés.

10 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 2 (absence de relation médecin-parent)
- vaccination : 3 (absente), 2 (BCG), 1 (malaria), 1 (grippe), 1 (fièvre typhoïde).

À la lecture du résumé, aucun article n'a été sélectionné car ils ne respectaient pas le critère communication (n'aborde pas la relation médecin-parent).

- 44 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante : ([vaccination], [communication]) dans "mots-clés" avec l'opérateur par défaut « ET » pour la période de 2008 à 2018.

À la lecture du titre, 12 articles ont été sélectionnés.

5 ont été exclus car étaient des doublons de la première recherche BDSP.

27 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 2 (absente), 10 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 1 (en dehors des soins primaires)
- Pays : 1
- Vaccination : 8 (grippe), 1 (vaccin expérimental)
- Langue : 1
- Autres sujets : 2 (économie, droit), 1 (infectiologie).

À la lecture du résumé, 6 articles ont été sélectionnés.

7 articles ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 1 (absente), 4 (n'aborde pas la relation médecin-parent)

- Population : 1 (ne concerne pas l'enfant)
- Vaccination : 1 (grippe).

À la lecture du corps entier, un article a été sélectionné.

2 ont été exclus car l'accès nous a été refusé.

3 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 1 (absente), 1 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 1 (n'aborde pas l'enfant)

Au total, un article a été retenu.

3.1.4. Dans la base de données SUDOC

60 articles ont été obtenus avec la recherche suivante :

« (tous les mots) vaccination ET (tous les mots) communication, tous types de publications ».

À la lecture du titre, 7 articles ont été sélectionnés.

12 articles ont été exclus car ils étaient des doublons au sein de la recherche pour 11 d'entre eux et de la recherche BDSF pour le dernier.

41 articles ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 16 (absente), 7 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 3 (ne concerne pas l'enfant), 1 (en dehors des soins primaires)
- Vaccination : 3 (absente), 7 (grippe), 2 (BCG)
- Autres sujets : 1 (n'aborde pas l'humain), 1 (immunologie).

À la lecture du résumé, 2 articles ont été sélectionnés.

1 article a été exclu car l'accès au texte entier n'était pas possible en ligne.

4 articles ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 1 (absente), 3 (n'aborde pas relation médecin-parent)

Au total, 2 articles ont été retenus.

3.1.5. Sur le site de l'HAS

Par l'intermédiaire de la recherche avancée :

- Aucun article n'a été obtenu avec l'équation de recherche : « vaccination » et « communication » dans le titre et le résumé, pour la période du 1er janvier 2008 au 15 janvier 2018.

- 2 articles ont été obtenus avec l'équation de recherche : « vaccination » et « enfant » dans le titre et le résumé, pour la période du 1er janvier 2008 au 15 janvier 2018.

Après analyse aucun article n'a été retenu :

- l'un a été exclu sur le titre car il ne respectait pas le critère communication (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- l'autre sur le texte entier car il ne respectait pas le critère communication (absente).

- 31 articles ont été obtenus avec l'équation de recherche : « vaccination » dans le titre et le résumé, pour la période du 1er janvier 2008 au 15 janvier 2018.

À la lecture du titre, 3 articles ont été sélectionnés.

28 articles ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 19 (absente), 4 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 1 (ne concerne pas l'enfant)
- Vaccination : 3 (voyageur)
- Autres sujets : 1 (immunologie)

À la lecture du texte entier, aucun article n'a été sélectionné.

Les 3 articles ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 2 (absente), 1 (n'aborde pas la relation médecin-parent).

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.6. Sur le site du CNGE

1 texte et 4 pages du site ont été obtenus avec la recherche « vaccination ET communication », étendu à Prescrire et Les publications, dans toutes les catégories et sans limite de dates (le choix de limite de date étant de 365 jours).

À la lecture du titre, 3 articles ont été sélectionnés.

Le texte et 1 page du site ont été exclus car ne respectaient pas le critère :

– vaccination : 2 (grippe)

À la lecture des articles entiers, aucun article n'a été sélectionné.

3 articles ont été exclus car ne respectaient le critère :

– communication : 1 (absente), 2 (n'aborde pas la relation médecin-parent).

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.7. Sur le site de la SFMG

46 articles ont été obtenus avec la recherche suivante : « vaccination » dans le moteur de recherche.

À la lecture du titre, 5 articles ont été sélectionnés.

4 ont été exclus car ils étaient des doublons : au sein de la recherche pour l'un d'entre eux et de la recherche SUDOC pour les 3 autres.

37 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

– Communication : 16 (absente), 6 (n'aborde pas la relation médecin-parent)

– Population : 2 (ne concerne pas l'enfant), 6 (en dehors des soins primaires)

– Vaccination : 1 (absente), 4 (grippe), 1 (rotavirus), 1 (varicelle)

À la lecture du résumé, aucun article n'a été sélectionné.

5 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

– Communication : 2 (absente), 2 (n'aborde pas la relation médecin-parent).

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.8. Sur le site InfovaC

4 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante :

« vaccination et communication » dans la barre « termes de recherche » sans autres critères ou filtres.

Après analyse aucun article n'a été retenu ne respectant pas le critère communication (n'aborde pas la relation médecin-parents).

- 49 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante :
« vaccination et enfant » dans la barre « termes de recherche » sans autres critères ou filtres.

16 étaient des doublons au sein de la recherche.

Après analyse aucun article n'a été retenu car ils ne respectaient les critères :

- communication : 20 (absente)
- vaccination : 1 (rotavirus), 1 (grippe)
- autres sujets : 2 (effets secondaires), 1 (obligation vaccinale), 1 (voyageur), 1 (attestation de refus de vaccination), 2 (fiche), 2 (abord de l'utilité vaccinale), 1 (abord de la sécurité vaccinale)

- 311 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante :
« vaccination » dans la barre « termes de recherche ».

À la lecture du titre, 133 articles ont été sélectionnés.

77 ont été exclus car étaient des doublons au sein de la recherche.

101 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 18 (absente), 5 (n'aborde pas la relation médecin-malade)
- population : 2 (ne concerne pas l'enfant), 7 (en dehors des soins primaires)
- pays : 1

- vaccination : 12 (grippe), 7 (rotavirus), 3 (varicelle), 3 (BCG), 3 (voyage), 1 (tique), 2 (hépatite A)
- date : 7
- autre sujet : 6 (allergie), 5 (adjuvant), 3 (financement), 1 (attestation de refus), 1 (contre indication), 14 (effet secondaire).

À la lecture du texte entier, 1 ont été sélectionnés.

11 ont été exclus car il n'y avait ni résumé ni texte entier.

121 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 101 (absente), 17 (n'aborde pas relation médecin-parent)
- population : 3 (ne concerne pas l'enfant)

Au total, 1 article a été retenu.

3.1.9. Dans les revues

3.1.9.a. *Exercer*

1 article obtenu avec la recherche avancée :

Term 1 : vaccination in les champs 'Titre', 'Abstract' et 'Mot-clé', Et, Term 2 : communication in les champs 'Titre', 'Abstract' et 'Mot-clé'.

À la lecture du titre, l'article a été exclu car il ne respectait pas le critère :

- vaccination : 1 (grippe)

6 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante :

Term 1 : vaccination in les champs 'Titre', 'Abstract' et 'Mot-clé', Et, Term 2 : enfant in les champs 'Titre', 'Abstract' et 'Mot-clé'.

À la lecture du titre, 1 article a été sélectionné.

5 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 2 (absente)
- vaccination : 1 (paludisme), 1 (BCG)
- date : inférieur à 2008.

À la lecture du résumé, l'article a été exclu car il ne respectait pas le critère communication (n'aborde pas la relation médecin-parent).

- 26 articles ont été obtenus avec le recherche avancée suivante :

Term 1 : vaccination in les champs 'Titre', 'Abstract' et 'Mot-clé'.

À la lecture du titre, 8 articles ont été sélectionnés.

14 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 5 (absente)
- vaccination : 4 (absente), 4 (grippe), 1 (BCG)
- date : inférieure à 2008
- autre sujet : 1 (injection).

À la lecture du résumé, 1 article a été sélectionné.

7 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 3 (absente), 1 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- population : 1 (ne concerne pas l'enfant)
- vaccination : 2 (absente)

À la lecture du corps entier, aucun article n'a été sélectionné.

L'article a été exclu car il ne respectait pas le critère communication (n'aborde pas la relation médecin-parent).

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.9.b. Prescrire

319 articles ont été obtenus avec la recherche suivante : « vaccination » dans le moteur de recherche, sans « restreindre en décochant un (ou des) de mot(s) clé, avec « limiter dans le temps » aux dix dernières années, sans « choix de médias ».

À la lecture du titre, 17 articles ont été sélectionnés.

302 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 116 (absente), 6 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- population : 13 (ne concerne pas l'enfant), 16 (en dehors des soins primaires), 1 (communauté)
- pays : 3
- vaccination : 38 (absente), 46 (grippe), 11 (BCG), 4 (zona), 4 (rotavirus), 4 (voyage), 5 (encéphalite japonaise), 3 (hépatite A), 1 (rage), 2 (paludisme), 1 (varicelle), 2 (maladie de lyme), 2 (variole), 1 (zika), 1 (ébola)
- autre sujet : 6 (injection), 10 (effets indésirables), 2 (adjuvants), 4 (morsures d'animaux).

À la lecture du résumé ou corps entier selon les articles, aucun article n'a été sélectionné.

17 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 6 (absente), 7 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- vaccination : 2 (absente), 2 (grippe).

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.9.c. Le Quotidien du Médecin

29 articles ont été obtenus avec la recherche suivante : « vaccination » dans le moteur de recherche, par thème choisi « chez l'enfant ».

À lecture du titre, 2 articles ont été sélectionnés.

27 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- communication : 8 (absente), 1 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- population : 1 (en dehors des soins primaires), 1 (migrants)
- vaccination : 2 (insuline), 3 (virus respiratoire syncytial (VRS)), 2 (BCG), 1 (grippe), 1 (rage), 1 (hépatite A)
- autre sujet : 1 (effets indésirables), 1 (rhumatologie), 1 (sociologie), 1 (ateliers), 1 (obligation vaccinale), 1 (cas clinique)

À la lecture du texte entier, 1 article a été sélectionné.

L'autre article a été exclu car ne respectait pas le critère communication (n'aborde pas la relation médecin-parent).

- 202 articles ont été obtenus avec la recherche suivante : « vaccination » dans le moteur de recherche, par thème choisi « pédiatrie ».

À lecture du titre, 11 articles ont été sélectionnés.

7 ont été exclus car étaient des doublons au sein de la recherche.

2 ont été exclus car l'accès nous a été refusé.

182 ont été exclus car ne respectaient pas les critères :

- communication : 64 (absente), 5 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- population : 5 (n'aborde pas l'enfant), 23 (en dehors des soins primaires)
- pays : 3
- vaccination : 29 (absente), 17 (grippe), 6 (paludisme), 5 (rotavirus), 3 (BCG), 1 (dengue), 1 (bilharziose), 1 (Zika), 1 (voyage), 1 (VRS), 1 (salmonellose)
- autre sujet : 7 (douleurs), 1 (effets indésirables), 2 (ateliers), 1 (économie), 3 (obligation vaccinale), 1 (allergie), 1 (antibiothérapie).

À la lecture du texte entier, aucun article n'a été sélectionné.

1 a été exclu car était un doublon de la recherche des références bibliographiques.

2 ont été exclu car le texte entier n'était pas disponible.

8 ont été exclus car ne respectaient pas les critères :

- communication : 3 (absente), 5 (n'aborde pas la relation médecin-parents)

Au total, aucun article n'a été retenu.

3.1.9.d. La revue du Praticien

84 articles ont été obtenus avec la recherche avancée suivante : « vaccination » dans « mot clé ».

À la lecture du titre, 19 articles ont été sélectionnés.

65 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères :

- Communication : 24 (absente), 5 (n'aborde pas la relation médecin-parent)
- Population : 6 (ne concerne pas l'enfant), 4 (en dehors des soins primaires)
- Vaccin : 1 (absente), 8 (grippe), 5 (voyageur), 3 (varicelle), 1 (zona), 1 (fièvre jaune), 2 (BCG), 1 (paludisme)
- Autres sujets : 1 (adjuvant), 1 (carnet de vaccination), 1 (injection), 1 (pharmacovigilance)

À la lecture du texte entier, 2 articles ont été sélectionnés.

2 ont été exclus car étaient des doublons au sein de la recherche.

16 ont été exclus car ne respectaient pas les critères :

- communication : 12 (absente), 4 (n'aborde pas la relation médecin malade).

Au total, 1 article a été retenu.

3.1.10. Sociétés savantes (SS) internationales

La recherche s'est faite sur les sites suivants :

OMS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec, Collège Québécois des Médecins de Famille, Collège des Médecins de Famille du Canada, Canadian Medical Association, Public Health Agency of Sweden, Norwegian Institute of Public Health, Scandinave Journal of Primary Health Care, Swedish Society of General practice, European Academy of Paediatrics, European Confederation of Primary Care Paediatricians et Union Européenne des Médecins Omnipraticiens.

Les recherches ont été effectuées soit en utilisant la barre de recherche du site avec les mots clés décrits précédemment, soit en parcourant le site par l'intermédiaire des menus déroulant et sous thèmes autour de la vaccination proposés par le site.

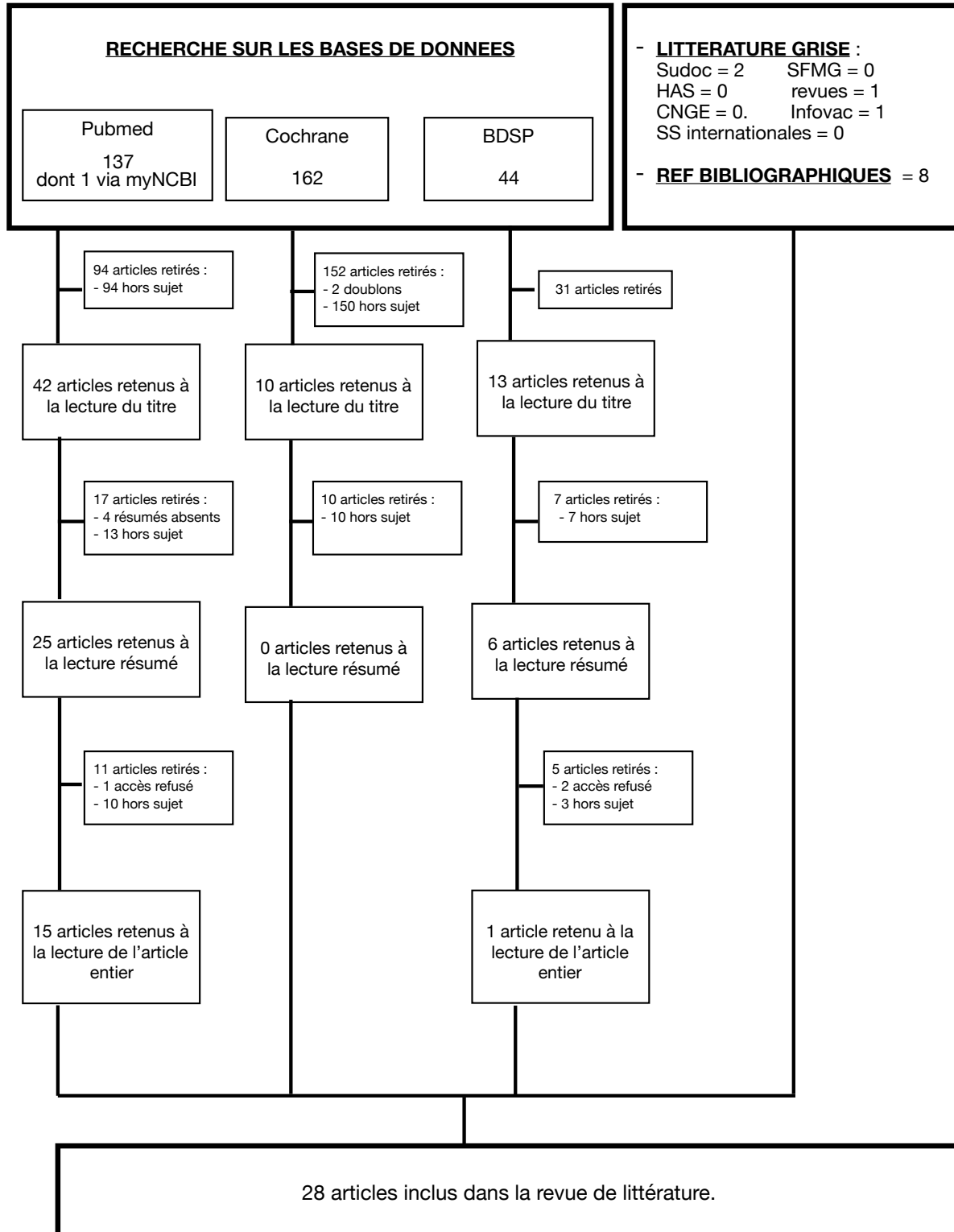
Aucun article supplémentaire répondant aux critères de notre sujet n'a été retenu.

3.1.11. Lecture des références bibliographiques

Parmi les 29 articles précédemment retenus :

8 articles supplémentaires ont été retenus.

Figure 1 – Diagramme des flux de sélection et d’inclusion des articles.



3.2. RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

3.2.1. Lieux

Les études sont majoritairement basées aux Etats Unis (19) ainsi qu'en France (5), au Royaume Unis (1), en Norvège (1) et en Australie (1). Une des revues de littérature, multinationale (1), regroupe des auteurs Australiens, Norvégiens, Sud-africains et Suisses dans le cadre du projet international COMMVAC (« Communicate to vaccinate », dont le but est de répertorier les interventions de communication ayant fait la preuve de leur efficacité afin d'améliorer les taux de vaccination dans les PED).

3.2.2. Schéma d'étude

La majorité des études sont observationnelles transversales (8) et des études qualitatives (6) dont mixte qualitative et quantitative (4).). Puis font suite des revues de littérature (5) dont une uniquement qualitative et une suivie de la mise en place d'une taxonomie.

Les schémas d'étude les moins représentés sont les articles d'expert (4), les essais contrôlés randomisés (3) et

3.2.3. Vaccins

Les études abordent majoritairement les vaccins de routine (19). Les types de vaccins sont détaillés pour une partie d'entre elles : DTP, méningocoque et HPV +/- hépatite B (7) avec analyse supplémentaire spécifique au vaccin anti HPV (2).

Les autres études abordent uniquement le vaccin anti HPV (9).

3.2.4. Population

Les études concernent majoritairement les filles et les garçons (25), considérant l'étude comme mixte lorsqu'il n'y a pas de précision de sexe.

Une seule des études unisexes (3) ne concerne que les garçons.

Dans plus de la moitié des études, l'âge des enfants est précisé (16).

Il s'agit de fourchette restreinte de 11-12 ans (4), de fourchette plus large avec une moyenne de 10-17 ans (8) et fourchette comprenant l'adolescent et l'adulte (2). Pour les autres, les âges sont précis et abordent la vaccination du nourrisson (1-19 mois) (1) ou du jeune enfant (4 et 7 ans) (1).

3.2.5. Communication

La plupart des études abordent la communication dans sa globalité (18) dont 2 face à des patients fictifs.

Lorsque la discussion est morcelée, il est question de la façon de l'initier (1), de la qualité dont la vaccination est recommandée aux parents (3) ou de l'évaluation de stratégie ou outil utiles à celle-ci (6).

Pour une minorité, la communication est uniquement (4) ou partiellement (1) abordée dans un contexte de réticence à la vaccination.

3.2.6. Participants / nombre d'articles

Dans la majorité des études les participants sont identifiés (18).

Elles concernent des parents (6), des adolescents (1) et des médecins (14) avec une précision sur la spécialité, généralistes et/ou pédiatres dans la majorité des cas (11). Parfois l'étude regroupe plusieurs participants comme médecins généralistes et pédiatres (6), médecins et Infirmières Diplômées d'Etat (1) ou médecins et parents ou adolescents (3).

Le nombre de participants est connu pour la plupart (17) et représente un panel de 12004 parents, 43132 adolescents et 4372 professionnels de santé (1186 médecins sans spécialités identifiées, 2352 généralistes, 827 pédiatres et 7 infirmières).

Les revues de littérature (5) représentent un total de 309 articles.

3.2.7. Conflits d'intérêt et financements

La quasi-totalité des articles (24) formulent un paragraphe « conflits d'intérêt ». Dans la moitié des cas, le risque est déclaré nul (12). Pour les autres, les conflits d'intérêt sont majoritairement associés à des subventions de laboratoires pharmaceutiques perçues par les auteurs (10), voire un poste de consultant pour certains (7).

A noter qu'une compensation matérielle ou financière était parfois proposée aux patients (4) comme aux professionnels de santé (8) : accès internet et ordinateur, crédit formation et plus fréquemment des paiements de 5€ à 200€, voire 800€ pour les cliniques.

Certaines études ne communiquent aucune information, ni sur les conflits d'intérêt (4), ni sur les potentielles compensations financières (8).

3.2.8. Evaluation méthodologique

Sur les 28 articles sélectionnés, une évaluation méthodologique a été possible pour 24 d'entre eux.

2 articles ne respectent pas la moitié des critères méthodologiques souhaités pour le type d'étude réalisé.

9 articles peuvent être considérés de bonne qualité avec une évaluation méthodologique qui retrouve plus de trois-quarts des critères souhaités pour le type d'étude réalisé.

Pour les 13 articles restants, nous considérons la méthodologie de qualité moyenne avec une évaluation retrouvant le respect de la moitié à trois-quarts des critères souhaités pour le type d'étude réalisé.

Les 4 articles non évalués sont des articles d'expert.

3.3. PRESENTATION DES RESULTATS A PROPOS DE LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE ET PARENTS

Chaque étude est présentée dans un tableau (Annexe 4) :

« *Caractéristiques et principaux résultats des articles sélectionnés* ».

Pour une meilleure compréhension des résultats, il semble nécessaire d'apporter 3 précisions.

Premièrement, afin de faire apparaître l'évaluation méthodologique faite précédemment, nous avons décidé de présenter les résultats, pour chaque sous-partie, en respectant un ordre décroissant de force méthodologique.

Deuxièmement, dans les études transversales de Gilkey et al. (2015 et 2016), de Moss et al. (2016) et qualitative de Scherr (2016) (30) (31) (32) (33), les auteurs s'intéressent aux « recommandation », terme anglo-saxon qui fait référence au fait qu'un médecin « recommande une vaccination ». Ce terme en français a une signification différente et se réfère plus volontiers aux « recommandations de bonne pratique » émises par les sociétés savantes à l'intention des médecins. Autant que possible le terme anglophone a été traduit par une phrase entière. Nous laisserons quelques fois le terme « recommandation », entre guillemets, pour une simplification de syntaxe, ce dernier devant être compris comme le « discours du médecin concernant la vaccination qu'il recommande ».

Troisièmement, pour les études américaines concernant la vaccination anti HPV, celle des garçons est souvent prise en compte. En effet, depuis 2011, elle leur est recommandée à l'âge de 11-12 ans (34).

3.3.1. Aspects liés aux médecins

3.3.1.a. Importance de la relation avec le médecin

Dans les revues de littérature de Ames et al. (2017) et Cancel et al. (2015), les parents considèrent les médecins comme source importante d'information et

soutient pour la localisation de ressources accessibles et sûres (haut niveau de preuve) (35) (36). Ainsi la revue de littérature de Willis et al. (2013) montre que la communication face à face entre le médecin et le patient a toute sa place dans les différents stades du processus de vaccination : information d'aide à la décision, formation des parents (prise en charge de l'enfant avant et pendant l'injection, prise en charge des effets secondaires liés à l'injection), organisation des rappels et délivrance de supports informatifs (37).

De plus, la revue de littérature de Connors et al. (2017) souligne l'importance de s'assurer que cette relation est intacte. À défaut il est primordial de rétablir la confiance entre médecin et patient avant d'aborder la vaccination (38).

3.3.1.b. Motivation et savoir-faire certains

Dans l'analyse qualitative de Segond et al. (2016), sur les 15 médecins généralistes français interrogés dans le cadre d'une thèse, 8 estiment qu'il est important de convaincre les patients, 10 adaptent leurs discours et 1/4 utilisent des techniques de communication appropriées (39).

Dans l'analyse qualitative de Opel et al. (2013), sur 16 professionnels de santé américains filmés lors de consultation de routine de nourrissons, plus de la moitié discutent la rationalité et la potentialité des effets secondaires des vaccins (55%) (40), de façon similaire que les parents soient réticents ou non, et qu'ils s'agissent d'une première consultation ou non.

Dans l'étude transversale de Collange et al. (2015), sur un panel de 1582 médecins généralistes français, la globalité se sent en capacité d'aborder l'intérêt de la vaccination et de fournir des explications appropriées (respectivement 96% et 81%) (41).

Au travers des différentes évaluations par les patients, plusieurs points positifs sont mis en évidence.

D'une part, dans l'étude transversale de Gilkey et al. (2016), la manière dont les médecins recommandent le vaccin anti HPV semble plutôt satisfaisante lorsque cette communication est présente (36% de score élevé vs 16% de score bas) (31). Quant à la quantité d'informations transmises, elle est généralement estimée

adéquate dans le revue de littérature de Ames et al. (2017) (haut niveau de preuve) (35).

D'autre part, dans l'étude transversale de Dempsey et al. (2016), l'initiation de la discussion sur la vaccination est majoritairement assurée par le médecin (70%) (42).

L'étude qualitative de Bryant (2009), dans le cadre d'une consultation fictive d'un patient opposé à la vaccination, montre des points forts sur l'écoute, l'utilisation de termes compréhensibles, le maintien du contact visuel et l'évitement d'attitude paternaliste. L'attitude des médecins a été jugée plutôt positive, c'est à dire professionnels de santé « passionnés », « qui affirment leurs adhésions à la vaccination », « un intérêt pour les préoccupations » et « fournissent les informations sans jugement personnel » (43).

De plus, dans cette étude comme dans celle de Segond et al. (2016), aucun refus de soins n'a été formulé par les médecins malgré les oppositions vaccinales rencontrées (43) (39).

3.3.1.c. Freins et barrières personnels

Dans l'analyse qualitative de Segond et al. (2016), sur les 15 médecins généralistes interrogés en Ile de France, 1 est totalement défavorable à la vaccination et 1/3 ressentent un sentiment d'échec personnel face à la réticence des parents (39).

3 parents des 356 interrogés dans l'étude transversale de Dempsey et al. (2016) ont consulté un médecin contre la vaccination (42).

L'étude qualitative de Segond et al. (2016) et transversale de Collange et al. (2015) mettent en évidence un manque de confiance ressenti par les médecins pour aborder la question des adjuvants (mal informés 32% et méconnaissance 43%) (39) (41).

Lors de l'étude qualitative de Hudson et al. (2016), certains considèrent leur rôle dans la vaccination comme restreint, étant « juste facilitateur » (44).

La moitié des 776 médecins américains interrogés dans l'étude transversale de Gilkey et al. (2015) estiment que les parents accordent peu d'importance à la vaccination anti HPV. Or, quand cette sous-estimation est présente, on constate

que la manière dont ils recommandent le vaccin est significativement de moins bonne qualité (OR=0,6 [Intervalle de confiance à 95% (IC95) : 0,43-0,84]). Le résultat est similaire lorsque les médecins ressentent un inconfort à aborder les MST (OR=0,45 IC95:0,31-0,65]) (32).

Dans l'étude transversale de Collange et al. (2015), les discussions autour de la vaccination sont également de qualité moindre en fonction des perceptions et des pratiques professionnelles comme personnelles : médecine douce, peu de vaccination de ses propres enfants, méfiance envers les autorités et la sécurité des vaccins (41).

3.3.1.d. Des améliorations à prévoir

Dans l'étude transversale de Moss et al. (2016), selon 9194 parents d'adolescents américains représentatifs de la population générale, plus d'1/3 environ rapportent ne pas avoir reçu de recommandation pour le rappel DTP (35%), pour la vaccination anti méningocoque (46%) ou anti HPV (31%) (30).

Les deux études transversales de Dempsey et al. (2016) et Gilkey et al. (2016) font le même constat avec, respectivement, une absence totale d'initiation de discussion tous vaccins confondus dans 20% des cas et anti HPV spécifiquement dans 48% des cas (42) (31).

Dans l'analyse qualitative de Opel et al. (2013), sur 16 professionnels de santé américains filmés lors de consultation de routine de nourrissons, la majorité des professionnels ne sollicitent pas explicitement les questions et les préoccupations des parents (40).

Face à la réticence des parents, certains médecins font le choix d'adopter des réactions virulentes comme dans l'analyse qualitative de Hudson et al. (2016) avec ¼ des 30 médecins américains travaillant dans les établissements à bas taux de vaccination HPV (44) et ou dans celle de Segond et al. (2016) avec 4/15 des médecins généralistes français d'Ile de France (39).

Dans l'étude transversale de Gilkey (2015) évaluant la qualité, dont certains pédiatres et médecins généralistes américains recommandent la vaccination anti HPV, il est à noter qu'une « recommandation » de bonne qualité est significativement moins commune chez les médecins généralistes (32).

Dans l'étude qualitative de Bryant (2009), l'évaluation du médecin par le patient fictif opposant à la vaccination met en avant quelques points négatifs comme leurs difficultés à expliquer la vaccination, les défauts de connaissance avec la transmission d'informations erronées pour 2 des 4 enregistrés, ainsi que leurs attitudes inattentives et non intéressées par les opinions opposées (43).

D'un point de vue relationnel, les médecins doivent améliorer leurs compétences émotionnelles afin de répondre au mieux aux préoccupations des parents guidées par leurs sentiments et croyances selon l'article de Grall (2017) (45).

3.3.2. Une efficacité prouvée

Malgré un refus initial, 30 à 47% des parents réticents acceptent finalement la vaccination lorsque le médecin continue de la recommander comme le montre l'étude transversale de Opel et al. (2013) (40).

Dans l'étude transversale de Moss et al. (2016), sur un panel de 9194 parents américains représentatifs de la population générale, lorsqu'un médecin recommande une vaccination, indépendamment du type de discours, il est constaté une augmentation absolue de 9% du taux de vaccin anti DTP, 23% du taux de vaccin anti méningocoque et 39% du taux de vaccin anti HPV (30).

Le constat est similaire au cours de l'étude transversale de Gilkey et al. (2016) concernant un panel de 1495 parents américains interrogés sur la vaccination anti HPV. Lorsque le médecin recommande cette vaccination, indépendamment de la qualité ou du contenu du discours, il y a un effet positif comparé à l'absence de discussion. En effet, une « recommandation », même de mauvaise qualité, a 4 fois plus de chance d'initier une vaccination que l'absence de « recommandation » (OR=4,13 [IC95:2,99-5,70]). Celle de bonne qualité, quant à elle, est associée à 9 fois plus de chance d'initiation de vaccination (OR = 9,31 [IC95:7,10-12,22]) (31).

De plus, l'étude transversale de Dempsey et al. (2016) interroge 356 parents américains sur leur perception d'une vaccination lorsque celle-ci leur est recommandée par un médecin. Il est constaté une majoration d'opinion favorable

de 25% concernant cette vaccination, de 20% concernant sa sécurité et de 10% concernant son efficacité, en comparaison à l'absence de « recommandation » (42).

Dans l'étude qualitative de Hudson et al. (2016), lors de la comparaison de médecins travaillant dans des établissements pourvus d'un taux élevé de vaccination anti HPV avec ceux d'établissements pourvus d'un taux bas, la communication ressort comme l'un des principaux facteurs différenciant les 2 types de pratiques (44).

Le nombre de discussions autour de la vaccination peut également avoir une influence positive sur la vaccination. En effet, comme le montre l'étude transversale de Richert et al. (2016), chaque discussion supplémentaire est associée à une augmentation des chances de 1,24 sur l'achèvement du schéma complet de vaccination. Finalement après l'analyse multivariée, cette différence significative n'est plus retrouvée (46).

3.3.3. Forme

Un essai contrôlé randomisé de Brewer et al. (2017) étudie l'efficacité de deux types d'initiation de conversation sur le taux de vaccination anti HPV chez des enfants de 11-12 ans (47) :

- Initiation de type « annonce », c'est à dire mentionner l'âge de l'enfant et son éligibilité actuelle à la vaccination compte tenu de cet âge, suivi de la planification de la vaccination. Deux options sont possibles si nécessaires : lever les préoccupations avec un échange type CASE approach (définition chapitre 3.3.5.1) et renouveler l'entretien dans 2 mois.
- Initiation type « discussion », qui débute par l'évocation et l'explication de la vaccination, puis s'intéresse aux préoccupations des parents et enfin recommande et programme la vaccination. Une seule option est possible si nécessaire : renouveler l'entretien dans 2 mois.

Les médecins, formés pour l'un ou l'autre, sont comparés à un groupe contrôle. Une initiation du discours de type « annonce » permet une augmentation

significative de l'initiation de la vaccination de 5,1% à 3 mois (IC95 2-8,2) et de 5,4% à 6 mois (IC95 1,1-9,7) comparé au groupe contrôle. Il n'y a pas de différence significative pour l'initiation de type « discussion », les enfants de 13-17 ans, le rappel des autres vaccinations ou la finalisation du schéma complet de vaccination de l'HPV.

Il en est de même dans l'étude transversale de Opel et al. (2013) (40) qui met en évidence qu'une initiation « présomptive » entraîne une acceptation la vaccination de 74% de parents alors qu'une initiation « participative » est associée à une augmentation significative de la résistance (OR=17,5 IC95 1,2-253,5)

L'étude transversale de Moss et al. (2016), s'intéresse quant à elle aux types de conversation (30). Les auteurs utilisent un modèle défini pour aider à la compréhension des interactions entre médecins et patients. Ainsi les différentes conversations peuvent être divisées en trois approches :

- Conversation centrée sur le patient, « informative », qui commence par un échange entre les deux parties où toutes les informations nécessaires sont données. Fait suite, si besoin, une délibération et la décision finale revient au patient.
- Conversation centrée sur le professionnel de santé, « paternaliste ou efficiente », où seul le minimum requis d'information est donné pour obtenir le consentement du patient. La décision revient au professionnel.
- Conversation intermédiaire, « collaborative ou partagée », où l'interaction est tout du long bilatérale : l'échange d'information, la délibération et la prise de décision conjointe.

La conversation la plus utilisée est le type « partagé » avec, respectivement pour le rappel DTP, le vaccin anti méningocoque et le vaccin anti HPV, 43%, 38% et 49%, suivi par le type « informatif » avec respectivement 12%, 9% et 16% et par le moins utilisé, le type « paternaliste », avec respectivement 2%, 1% et 2%.

Pourtant, contrairement à ce qu'il était attendu, une communication plus centrée sur le professionnel (paternaliste ou efficiente) semble associée à un nombre d'adolescents vaccinés plus important, comparativement à la communication centrée sur le patient. Ceci concerne la vaccination contre le méningocoque OR=3,84 (IC95 1,63-9,04) et celle contre l'HPV OR=31,45 (IC 95 10,60-93,34).

Seule la conversation partagée est également associée à une majoration du taux de vaccination anti-méningococcique OR=3,29 (IC95 2,74-3,94).

Pas de différence significative concernant le rappel DTP, vaccin obligatoire dans le pays de l'étude, expliquant peut-être cette absence de différence.

Concernant les parents, la revue de littérature de Ames et al. (2017) met en évidence que la manière dont est reçue et perçue l'information influence l'adhésion en cette information (haut niveau de preuve). L'utilisation de règles de base simples, classiquement attendue par le patient, peut servir une meilleure adhésion. Leur absence peut, au contraire, provoquer du mécontentement chez le patient (haut niveau de preuve) (35).

Ainsi, ces dernières sont énumérées dans les revues de littérature de Ames et al. (2017), Cancel et al. (2015), Leask et al. (2012) et l'analyse qualitative de Bryant (2009) (35) (43) (48) (36) : temps consacré, écoute, langage corporel, maintien du regard, empathie, termes compréhensibles, questions ouvertes, compréhension des préoccupations et des motivations.

Dans l'étude qualitative de Hudson et al. (2016), les médecins travaillant dans les établissements obtenant des taux élevés de vaccination anti HPV rapportent plus fréquemment se servir de ces règles que ceux des établissements à taux plus bas : solliciter questions et réponses (32% vs 20%), attention et engagement face à la réticence (53% vs 23%) (44).

L'intonation a une place importante dans la communication pour 84% des médecins américains interrogés sur leurs pratiques dans l'étude transversale de Gilkey (2016). En effet, pour 76% d'entre eux, les parents semblent plus réceptifs si le ton est informatif et pour 44% s'il est non jugeant (32).

La revue de littérature de Ames et al. (2017) souligne que la quantité d'information ne doit pas être excessive au risque de provoquer l'effet inverse sur l'acceptation (bas niveau de preuve) (35).

3.3.4. Contenu

3.3.4.a. *Qualité de la « recommandation »*

Les études transversales de Gilkey et al. (2015, 2016) évaluent la qualité de la communication des médecins, lorsqu'ils recommandent la vaccination anti HPV. Le protocole méthodologique est le même, seulement la première propose une évaluation par les médecins (32), et la seconde par les parents (31).

S'aidant des recommandations nationales américaines et d'une revue de littérature, les auteurs ont définis comme critères d'évaluation pour les professionnels de santé (notée /5) :

- la « ponctualité » (vaccin proposé à un âge respectant le calendrier vaccinal) pour les filles et pour les garçons.
- le contenu (vaccin présenté comme vaccination de routine)
- l'immédiateté (vaccination le jour même)
- Et la force de la « recommandation » (vaccin présenté comme primordial, non optionnel).

Et comme critères d'évaluation pour les parents (notée /3) :

- Le message préventif (vaccin protégeant contre cancer)
- L'immédiateté (vaccination le jour même)
- Et la force de la « recommandation » (vaccin présenté comme primordial, non optionnel).

Lorsque les médecins recommandent la vaccination, les scores de qualité sont plutôt bons lors de l'évaluation par les parents (36% avec un score 2-3 vs 16% avec un score 0-1) (31) et plus défavorables lorsque ce sont les médecins qui s'auto-évaluent (46% avec un score 4-5, 44% avec un score 1-2-3, 10% score 0). Les médecins mettent l'accent sur la force de la « recommandation », c'est à dire annoncent le vaccin comme primordial, et l'accent sur le message préventif du cancer du col de l'utérus (99%). Certains informent également de son intérêt pour la prévention des autres cancers (anus et pénis) (55%) et des condylomes (84%). Ceci à l'âge approprié pour les filles, mais moins approprié pour les garçons. Par contre, des fragilités apparaissent sur le présentation du vaccin en tant que vaccin de routine et sur la proposition d'une vaccination immédiate (32).

Ainsi, lors de l'évaluation par les parents, un score de qualité élevé est associé à 9x plus de chance d'initier la vaccination (OR = 9,31 [IC95 7,10-12,22]) contre seulement 4x plus de chance lorsque le score est bas (OR=4,13 [IC95 2,99-5,70]). Concernant les critères de jugements secondaires, sur l'initiation à la vaccination, seule la force de recommandation est associée (OR=2,58 [IC95 1,86-3,56]) et sur le suivi au long terme de l'enfant, la force de recommandation et le message préventif y sont associés (OR=1,81 [IC95 1,20-2,74]); OR=1,98 [IC95 1,09-3,59]) (31).

3.3.4.b. Préoccupations des parents.

Les revues de littérature de Ames et al. (2017), Connors et al. (2017), Leask et al. (2012) et l'article de Healy (2011) mettent en évidence que la balance bénéfiques/risques est primordiale pour les parents lors de la communication des informations (haut niveau de preuve) (35) (48) (49) (38).

La discussion du bénéfice à attendre doit aborder la fréquence et la gravité de la maladie et expliquer les mécanismes d'action lorsque cela est nécessaire à la compréhension des enjeux selon la revue de littérature de Ames et al. (2017) (35).

La sécurité des vaccins, préoccupations majeures des parents, peut remettre en cause le besoin de vaccination comme le note l'article de Jacobson (2013) (50). Ainsi discuter la nécessité réelle de la vaccination peut donc être prédictif de son acceptation comme le relève la revue de littérature de Connors et al. (2017) (38). Si besoin, rappeler que la vaccination est une des interventions sanitaires la plus efficace, est contrôlée drastiquement, évaluée par des études cliniques rigoureuses et soumise à une surveillance et une déclaration des effets indésirables constantes comme le note la revue de littérature de Cancel et al. (2015) (36).

L'article de Grall (2017) met en évidence que les attentes des parents en terme de bénéfices sont à titre individuel alors que le médecin apporte des arguments à titre collectif. Traiter de ces deux versants permet d'éviter une opposition et un frein à la décision.

De plus, interroger et comprendre les attentes et les peurs des parents permettra au médecin de donner une information adaptée et appropriée. Les médecins doivent éviter la surestimation du pouvoir de protection des vaccins qui favorise la défiance. Ainsi la transparence, la « vérité » doit être privilégiée (45).

De plus, comme précisé dans la revue de littérature de Cancel et al. (2015) et l'étude transversale de Gickey et al. (2015), régulièrement sera abordée et gérée la question du stress de l'injection, de la douleur ainsi que des effets secondaires (37) (36). Il est important de ne pas les minimiser (48), les admettre, puis rapidement de rebondir sur les moyens adaptés pour y faire face (51), voire sur les effets bénéfiques de la vaccination (49).

La communication prenant appui sur leurs peurs, ou celle de la maladie, n'a montré aucune efficacité sur la vaccination, ayant tendance au contraire à provoquer l'opposition d'après la revue de littérature de Cancel et al. (2015) (36).

Pour les 61 médecins américains interrogés dans l'étude qualitative de Hudson (2016), mettre l'accent sur l'importance d'un schéma complet de vaccination relève de la responsabilité des médecins (44).

3.3.4.c. Le report

Une des raisons principalement évoquée devant la demande grandissante du report de vaccination est la disparition de la peur des parents. En effet, les parents craignent moins des maladies qui ne leur sont pas familières. S'ajoutent à cette raison, leurs croyances grandissantes issues de la désinformation provenant des médias et d'internet, ainsi que des théories de complot entre milieux politiques, médicaux et pharmaceutiques (47).

Le report de la vaccination est une éventualité fréquemment abordée, voire proposée par le médecin lui-même face à la réticence dans l'étude qualitative de Bryant (2009) (43).

Cela peut être une alternative envisageable lors de consultations sans consensus, mais ne doit surtout pas se substituer à la communication selon l'article d'Healy (2011) (49)

3.3.5. Sur quoi s'appuyer ?

3.3.5.a. *Stratégies de communication*

Deux stratégies de communication particulières sont disponibles afin de guider l'ensemble de l'entretien du médecin, en suivant une démarche adaptée au consentement de la vaccination. En effet, elles respectent les résultats précédemment évoqués, à savoir : aborder les préoccupations des parents et les comprendre, puis exposer les arguments scientifiques pour y répondre et enfin, informer et recommander la vaccination.

– Initialement enseignée par Aristote, the CASE approach (Corroborate, About me, Science, Explain/advise) n'a aucune preuve scientifique d'efficacité, mais permet l'organisation des argumentaires (50) tout en répondant aux préoccupations des parents (47).

L'acronyme CASE correspond au moyen mnémotechnique, avec pour traduction française : « Corroborer, A propos de moi, Science, Explication/conseils ». La façon dont la conversation se déroule doit suivre l'ordre de ces 4 phases. Le but étant de ne pas immédiatement contrer les préoccupations des parents par des faits scientifiques, comportement qui pourrait donner un sentiment d'attaque ou de mépris au patient, mais d'y parvenir au fur et à mesure tout en établissant la confiance.

Corroborer : le médecin approuve les préoccupations du patient, échange avec empathie pour arriver à un point d'accord. Ainsi le patient se sent entendu et compris dans ses souhaits concernant les décisions de ses enfants.

A propos de moi : le médecin passe au rôle d'expert, fait part de ses lectures et potentielles conférences et montre qu'il connaît et évalue la balance bénéfice–risque de la vaccination en question.

Science : transfert d'une information scientifique claire, notamment en rapport avec les préoccupations, basée sur les preuves.

Explication/ conseil : avis du médecin autour du besoin et de l'importance de la vaccination pour son patient.

– « Ask, Acknowledge, Advise » est une stratégie issue de la théorie du comportement planifié, basée sur les meilleures pratiques de communication médecin-patient et adaptée à la vaccination (52). La traduction française ne permet pas de garder l'acronyme « AAA » mais donne « Demander, Reconnaître, Conseiller ». De façon similaire à la stratégie CASE approach, le but est de parvenir progressivement à un accord commun tout prenant en considération les préoccupations des parents.

Demander : le médecin sollicite les préoccupations et les questions des parents autour de la vaccination.

Reconnaître : par le respect et l'empathie à l'égard des préoccupations des parents, le médecin consolide la communication et permet de créer un climat de confiance.

Conseiller : le médecin recommande la vaccination par l'intermédiaire de l'éducation des parents sur la balance bénéfice-risque de la vaccination et de la maladie à prévenir. Ceci afin de tendre vers un accord sur la prise en charge de l'enfant, à savoir vacciner ou reporter la discussion.

D'autres stratégies sont disponibles, d'usage plus ponctuel au cours d'une conversation : Stratégie du « oui, mais » qui permet de jouer sur les subtilités (« la vaccination n'endommage pas le système immunitaire mais le stimule »), discréditer les sources d'informations, ping-pong scientifique, arguments de la propre parentalité du médecin, soumettre des scénarii hypothétiques de contagion (51).

3.3.5.b. Outils de mesure de la réticence

Toute leur utilité réside dans la classification des attitudes des parents envers la vaccination afin de proposer la communication la plus adaptée à leurs attentes.

- « Parental Attitude about Childhood Vaccine (PACV) score » (52) (Annexe 5) est un outil pour identifier, mesurer et classer le besoin réel des parents réticents à la vaccination. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 15 items regroupés en 3 domaines : comportement, sécurité et efficacité, et attitude

générale. Les formats de réponse diffèrent selon les items allant de la simple réponse dichotomisée aux échelles de Likert de 5 à 10 points. La note globale s'élève à 100 et permet une classification du parent en « peu hésitant » avec un score à partir de 0/100, au parent « hésitant » avec un score $\geq 50/100$, jusqu'au parent « très hésitant » avec un score $\geq 70/100$.

Son utilisation peut servir de deux manières. D'une part, pour la mise en place d'intervention adaptée aux attentes. D'autre part, pour le suivi de la réticence au fur et à mesure des interventions, grâce à l'administration répétée du questionnaire et à l'appréciation de l'évolution des scores.

Dernièrement, un questionnaire allégé a été proposé et évalué, PACV short scale (Annexe 6), composé de 5 items avec pour chacun un format de réponse unique avec échelle à 3 points. La note globale /10 permet une classification de la réticence en « bas niveau » si score de 0-4, « moyen niveau » si score de 5-6, et « haut niveau » si score de 7-10.

- Dans un article d'experts consacré aux prérequis de la communication, les auteurs proposent une classification des parents en 5 groupes, suggérant une susceptibilité au changement plus ou moins variable (49).

3 des groupes étant prédisposés au changement :

- « Non informés mais éducatibles » correspond à des parents à la recherche d'informations pour riposter à la réticence.
- « Désinformés mais corrigibles » sont des parents à la recherche d'informations pour pallier au manque d'adhérence aux bénéfices de la vaccination.
- « Instruits et ouverts d'esprit » définit les parents qui ont exploré les discours pro et anti vaccination et veulent discuter des possibilités en fonction du contexte.

Et les 2 derniers groupes considérés comme indisposés au changement :

- « Convaincus et satisfaits » correspond à des parents réticents, mais avec tout de même une volonté d'écouter les argumentaires contraires.
- « Engagés et missionnaires » définit les parents avec pour unique volonté de convaincre l'opposition.

- « Transthéoritical model of behavior change » permet une classification des attitudes des parents en 3 niveaux, associés à 3 conduites à tenir adaptées (51) :

- Parents en phase de pré-contemplation : « ne pas en parler, ne veulent pas savoir ».
- Parents en phase de contemplation : « donner des informations, prêts à les entendre ».
- Parents en préparation : « action immédiate, pas besoin de plus de détails».

3.3.5.c. *Formations et entraînements*

Les revues de littérature de Leask et al. (2012) et Cancel et al. (2015) et l'analyse qualitative de Leask et al. (2009) reconnaissent utile l'entretien motivationnel (EM) pour la communication sur la vaccination (51) (48) (36) car il permet la compréhension du processus de changement des patients. Les auteurs de la revue de littérature de Leask et al. (2012) soulignent qu'il est important de comprendre que le but de la consultation sera différent en fonction des parents et que leur perception exacte est à déterminer afin d'adapter le discours (48).

Deux études de notre revue s'intéressent à l'impact et la faisabilité de l'entretien motivationnel sur la communication médecins-parents.

L'essai clinique contrôlé et randomisé de Dempsey et al (53) évalue une intervention de communication sur le vaccin anti HPV composé de 5 éléments : une documentation comprenant les données qui pourraient être utiles aux médecins pendant leur consultation, un site internet destiné aux parents, des images illustrant les pathologies liées à l'infection par le HPV, un guide d'aide à la décision et une formation basée sur l'approche centrée sur le patient (ACP) dont l'entretien motivationnel pour améliorer la manière dont le médecin recommande la vaccination.

L'étude inclue 188 médecins généralistes regroupés dans 16 consultations. Les chercheurs se sont rendus dans la moitié d'entre eux afin de dispenser la formation de 2 heures et demie.

Une majoration absolue de 9,5% de l'initiation de la vaccination est obtenue dans le bras intervention comparé au contrôle. Concernant l'obtention d'un schéma complet de vaccination, il y a une stabilisation des taux de vaccination dans le

bras intervention comparé à une diminution des taux dans le bras contrôle. L'intervention comprenant cette formation à la communication augmente donc de moitié le taux d'adolescents qui initient (OR ajusté =1,46 [IC95 1,31-1,62]) et complètent le schéma vaccinal (OR ajusté=1,56 [IC95 1,27-1,92]) comparé aux adolescents pris en charge par des médecins non formés.

L'effet est plus important sur l'initiation de la vaccination principalement dans les cabinets de pédiatrie, cabinets privés et chez les patients avec assurance privée. Par contre il n'y a aucune différence sur les tranches d'âge ni sur le sexe.

Les critères de jugement secondaires n'ont pas montré de différence significative (pas de modification des taux de vaccination DTP et anti méningocoque, pas de diminution des opportunités manquées de vaccination lors des consultations pour pathologies aiguës) sauf pour les consultations de routine d'enfants en bonne santé où une diminution des opportunités manquées de vaccination est obtenue.

26 à 90% des médecins de l'étude ont utilisés ce kit avec une prédominance et une préférence pour la documentation destinée aux professionnels et pour les techniques d'entretien motivationnel.

Une analyse complémentaire, étude mixte quanti et qualitative de Reno et al. (2018) (54), a été réalisée auprès des médecins du bras intervention et s'intéresse précisément à la formation à l'EM du kit : leurs expériences concernant la formation et l'impact sur leur communication. Elle se compose d'une étude longitudinale de 8 questionnaires concernant l'utilisation, l'utilité de l'EM, le temps passé avec les parents et l'auto-efficacité et d'une étude qualitative lors de focus groupe à la phase finale.

72 à 90% des médecins de l'étude ont utilisé les outils de l'EM et 88% l'ont trouvé « utile » et « très utile » pour résoudre l'ambivalence des parents. De plus, incorporer le kit dans la pratique n'augmente pas le temps de consultation avec les parents réticents, mais au contraire on constate un gain de temps avec les parents adhérents à la vaccination. Les médecins ont également plus confiance en leurs capacités à faire changer d'avis les parents qui souhaitent reporter ou refuser la vaccination (67% contre 53% avant l'intervention, $p=0,08$).

D'une manière générale, lors des entretiens finaux, les médecins et leurs équipes évaluent l'EM comme l'outil le plus efficace pour éduquer et mener les parents hésitants à faire vacciner contre l'HPV, comparé à ceux déjà utilisés.

Les techniques les plus utilisées et reconnues plus utiles sont :

- « Elicit, Provide, Elicit » que l'on peut traduire par « Obtenir, Fournir, Obtenir (des informations) ». Ainsi le médecin, avant de donner un conseil ou des informations non sollicitées par les parents, les interroge sur ce qu'ils savent ou comprennent, demande la permission de fournir de nouveaux conseils ou informations, puis obtient leur réponse aux nouvelles informations données.
- L'utilisation de questions ouvertes notamment pour essayer de maintenir la conversation face à un signe d'opposition des parents. Par exemple si le parent fait savoir qu'il n'est pas intéressé par la vaccination, il peut être intéressant de questionner ses doutes par une question ouverte : « Y a t'il quelque chose en particulier qui vous préoccupe ? ». Ainsi la conversation prend une tournure plus collaborative et permet une recommandation de la vaccination plus personnalisée.
- Demander la permission pour donner un avis, des informations ou un conseil place le parent au centre de la décision concernant son enfant.

Certains médecins mentionnent tout de même des difficultés à s'approprier l'approche et à la mettre en pratique en consultation. Cependant il est possible et facile de n'utiliser que certaines stratégies et de façon sporadique ou de l'associer avec d'autres pratiques ou outils.

D'autres stratégies ont été proposées et évaluées :

- Dans l'essai contrôlé randomisé de Brewer et al. (2017), une formation d'une heure sur l'initiation du discours (type « annonce ») permet une augmentation significative de l'initiation de la vaccination à 3 mois et à 6 mois de 5,4% (IC 95 1,1-9,7), soit 37 patients, comparé au groupe contrôlé sans la formation (47).
- Dans l'essai contrôlé randomisé de Henrickson et al. (2015), Un entraînement de 45 minutes à propos d'une nouvelle stratégie de communication mais sans différence significative sur le PACV score ni la confiance des médecins à 3 et 6 mois (52).

- Dans les études qualitatives de Bryant et al. (2009) et Leask et al. (2009), l'évaluation de la communication face à des « patients fictifs » au sujet du report ou du refus de vaccination permet d'identifier les différentes stratégies utilisées par les médecins et leur effet sur les patients. Les médecins peuvent également visualiser les enregistrements et ainsi obtenir une appréciation de leurs pratiques (43) (51).

Dans l'article de Grall de (2017), l'auteur conclue que certaines compétences, comme émotionnelles, s'acquièrent majoritairement avec l'expérience et peuvent être développées et réfléchies par l'intermédiaire de groupe d'échange tels que les groupes Balint ou groupes de Pairs (45).

3.3.5.d. Organisation des consultations

- Selon la revue de littérature de Ames et al. (2017), fournir des supports aux patients après les consultations peut servir comme récapitulatif du schéma vaccinal ou complément d'information (haut niveau de preuve) et en remettre au préalable des consultations permet de susciter les questionnements (niveau de preuve modéré). De plus, les patients cherchent des sources d'informations accessibles et sûres que les médecins peuvent leur communiquer. Sources qu'ils espèrent également accessibles en dehors du contexte médical, pouvant être partagées et discutées avec de tierces personnes (haut niveau de preuve) (35).

Cela peut également maintenir le lien entre plusieurs consultations (37) permettre d'identifier précisément les préoccupations (38) (46) (36) et est jugé utile par la majorité des parents (42).

Des fiches détaillées sur les vaccins peuvent jouer ce rôle d'intermédiaire (36).

- La prise de rendez-vous à l'avance peut favoriser la réalisation du schéma vaccinal complet (44).
- Inclure l'adolescent dans la discussion améliore la couverture vaccinale (46).
- S'entourer de médecins engagés dans la promotion de la vaccination est un facteur d'obtention d'un meilleur taux de vaccination anti HPV (44).

- Avoir un stock de vaccins dans le cabinet encourage le médecin à recommander la vaccination plus fortement (32) et évite une deuxième consultation qui augmente le risque de non-observance (55).

- Toute discussion, même courte, peut être utile dans la mesure où le nombre de discussion semble avoir un impact positif sur l'attitude, la compréhension et la connaissance des parents, et donc indirectement un impact sur la vaccination (46). En effet 50% des médecins travaillant dans les établissements obtenant un taux élevé de vaccination anti HPV abordent le sujet de la vaccination pendant la consultation même si le temps disponible est restreint et que la discussion est courte (44).

Ceci est d'autant plus important pour la vaccination de l'adolescent peu adepte des consultations médicales (55)

- Mentionner les rappels suivants ou donner les instructions aux parents pour suivre le calendrier vaccinal, ainsi que l'utilisation d'un système de rappels informatisé à visée des parents et des professionnels de santé favorisent une couverture vaccinale optimale (44) (36).

- La majorité des recommandations pour la vaccination anti HPV pour les garçons sont faites lors des consultations de bonne santé (certificats scolaires/sport 80%, routine 93%, vaccination 82%) mettant en évidence des opportunités manquées lors des consultations liées aux pathologies aiguës (56).

- Le médecin se doit de poursuivre la recommandation de la vaccination et le suivi de l'enfant malgré la réticence des parents (38).

3.3.5.e. *Sociétés savantes*

Elles ont un rôle favorisant dans la qualité dont le médecin recommande la vaccination. Lorsque le médecin est informé de la position des institutions spécialisées concernant la vaccination ou reçoit des recommandations de leur part, on constate une majoration de 30% de la fréquence des discussions, ainsi que de la force et de la fréquence des « recommandations » (57).

Dans une étude s'intéressant au nombre et à la représentation des médecins américains susceptibles d'utiliser une campagne de messages pour la vaccination anti HPV des garçons, plus de la moitié connaissent le site internet du CDC et le considèrent comme source importante d'information. Peu ont la notion qu'il existe déjà une fiche d'astuce à leur disposition « Astuces et gain de temps pour discuter de la vaccination anti HPV avec les parents ». Concernant la campagne de message, la majorité seraient favorable à son utilisation, mais ne sont pas tous en accord avec le contenu actuel (33).

Un des autres outils fournis par le CDC, le VIS (Vaccine Information Statement), semble être utilisé dans 60% des cas lorsque les patients rapportent l'utilisation d'un outil par leur médecin (42).

Dans l'étude transversale de Collange et al. (2015), réalisée sur 1582 médecins généralistes français, les avis sont mitigés concernant les sources d'informations grand public et/ou internet. En effet, aucune confiance n'est accordée pour les médias alors qu'ils font généralement confiance aux sites scientifiques, agences sanitaires et collèges spécialisés. En contrepartie, 53% estiment ces derniers tout de même influencés par l'industrie pharmaceutique et 1/3 ne font finalement confiance qu'à leur propre jugement (41).

3.3.5.f. Le carnet de santé

Actuellement considéré comme le principal dispositif de suivi et de communication avec les parents et pour les professionnels entre eux. Il est indispensable de le remplir jusqu'à l'âge adulte (55)

3.3.5.g. Obligation vaccinale

Selon certains résultats, à l'inverse des autres vaccins de routine, on ne constate aucune différence significative du type de communication sur le taux de vaccination DTP. Dans l'étude transversale de Moss et al. (2016), d'après les

auteurs, ce phénomène pourrait être lié à l'obligation légale concernant ce vaccin, dans le cadre de la scolarisation (30). Cette même hypothèse est formulée devant une diminution similaire du score de réticence PACV dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle. Cela pourrait être dû à la mise en place, durant l'étude, de l'obligation légale des vaccins (52).

3.3.6. Problématiques liées à la vaccination anti HPV

Les médecins sont confrontés à plus de difficultés lorsqu'il s'agit de la vaccination de l'adolescent masculin comme relevé dans les études transversales de Gilkey et al. (2015 et 2016) (32) (31).

Au-delà du calendrier vaccinal, il est important de repérer les patients plus à risques de contamination HPV : sexualité active, antécédents de maladie sexuellement transmissible, homosexualité et bisexualité (32).

Les médecins appréhendent les conversations difficiles liées à l'abord de la sexualité (44) (58) ainsi que le risque de désaccord entre parents et adolescents (58)

Cependant, selon le principe de Gillick, le consentement de l'adolescent mineur pour la vaccination peut être suffisant dès lors qu'il est jugé capable de prendre des décisions raisonnées pour sa santé (58).

Probablement dû aux difficultés citées ci-dessus, plus de la moitié des médecins présentent la vaccination anti HPV moins fortement que les autres vaccinations (56).

4. DISCUSSION

4.1. SYNTHESE DES RESULTATS

Notre recherche bibliographique a abouti à l'inclusion de 24 études cliniques et 4 articles d'experts. La majorité des articles sélectionnés sont américains et 5 sont français. Dans l'ensemble de nos études, nous comptons 5 revues de littérature, 8 études transversales, 8 études qualitatives et 3 essais cliniques contrôlés randomisés.

Les médecins doivent être attentifs à la manière dont ils communiquent. D'une part parce qu'ils sont cités dans plusieurs articles comme une source d'information importante sur laquelle les patients comptent. D'autre part parce que leurs attitudes et leurs perceptions, vis à vis des patients ou vis à vis de la vaccination, influencent leur communication.

Il est clair que la communication autour de la vaccination favorise celle-ci. Selon les études de Moss JL et al. (2016) (30) et Rickert VI et al. (46), indépendamment de la qualité et du type de discours, une augmentation absolue des taux de différents vaccins effectués est constatée lorsque le médecin recommande les vaccins. En effet, le simple fait de recommander une vaccination semble provoquer, spontanément, une modification favorable des perceptions des parents.

Avant d'aborder la vaccination, il peut être intéressant d'évaluer et mesurer la réticence des parents à la vaccination. Il existe une mesure directe en utilisant le PACV score ou PACV short scale, questionnaires à faire remplir ou à mener ainsi qu'une mesure indirecte par des classements en « catégories » définies selon les attitudes concernant la vaccination. Le résultat obtenu définit alors le comportement et la communication les plus adaptés.

Au delà des prérequis de communication classiques connus (maintien du contact visuel, langage corporel, utilisation de termes compréhensibles, etc), la place que le professionnel donne au patient est un facteur influençant la communication.

D'une part, il y a les approches dites « paternalistes » où le médecin informe et

décide. D'autre part, il y a l'ACP où le médecin informe et aide le patient à prendre sa propre décision. L'approche paternaliste a montré plus efficace dans deux de nos études (30) (47).

Le contenu de la conversation est, bien entendu, lui-même un moyen de communication. L'évaluation de sa qualité dans les études de Gilkey et al., lors de recommandation pour la vaccination anti HPV, le confirme. L'accent doit être mis sur le fait que cette vaccination, primordiale pour la santé de l'adolescent, protège contre le cancer et que sa réalisation le jour même est souhaitée.

Une notion importante en médecine, la balance bénéfices–risques, l'est tout autant dans le cadre de la vaccination.

Premièrement, d'un point de vue légal, comme défini par le Code de la santé publique (Article L. 1111–2 CSP) (59) le médecin doit donner au patient une information adaptée sur ce qu'il lui propose, afin d'obtenir son consentement éclairé.

Deuxièmement, d'un point de vue communicationnel, les patients attendent du médecin cette information éclairée par rapport à leurs préoccupations, pour une prise de décision raisonnée. Il sera important pour le médecin de considérer les perceptions individuelles du patient par rapport aux siennes plus collectives.

L'utilisation de stratégies de communication comme la « CASE approach » ou « Ask, Acknowledge, Advise » peut servir de fil conducteur à la conversation. En suivant ce cheminement, les parents se sentent plus écoutés et compris concernant leurs souhaits pour leurs enfants. Ils seraient plus à même d'envisager le processus de vaccination.

Une organisation des consultations réfléchie et préparée peut aider le médecin à communiquer et favoriser la vaccination : supports informatifs à distribuer, planification à l'avance des rendez-vous, stock de vaccins au cabinet, aborder la vaccination à toutes les consultations, même brièvement, persévérer et renouveler les conversations face à des parents hésitants ou réticents. Il est important de ne sous-estimer aucune opportunité, chaque discussion supplémentaire étant susceptible de modifier positivement la perception.

Des entraînements et des évaluations face à des patients fictifs, ainsi que des formations comme l'entretien motivationnel sont tout à fait légitimes dans le cadre de la communication. Ils ont montré de vrais bénéfices (+9,5% d'initiation dans l'étude de Dempsey et al. (53)) et une appréciation d'utilisation favorable par les médecins.

Les médecins peuvent trouver d'autres outils et des recommandations concernant la vaccination par l'intermédiaire des institutions de santé ou des sociétés savantes, qui restent des sources d'informations et de soutien importantes pour les professionnelles de santé. Le carnet de santé est également un outil de choix pour le suivi de l'enfant notamment dans le cadre de la vaccination.

Indépendamment de la communication des médecins, l'obligation vaccinale semble influencer l'attitude des parents. Ainsi, la communication du médecin serait moins un enjeu, la réticence des parents tendant spontanément à la diminution.

Certaines des études ne s'intéressent qu'à la vaccination anti HPV. Les médecins sont confrontés à des problématiques supplémentaires comme les difficultés avec l'abord de la sexualité et l'autonomisation de l'adolescent vis à vis de ses parents. De plus, il s'agit d'une vaccination récente, notamment pour les garçons et pour laquelle il est nécessaire de repérer les patients à risque de contamination, afin de proposer une vaccination anticipée.

4.2. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

4.2.1. Méthodologie

Nous nous sommes appliqués à respecter la méthodologie d'une revue de littérature préconisée par le PRISMA statement. Une question de recherche claire (« Quels sont les moyens de communication sur la vaccination de l'enfant à disposition des professionnels de santé ? »), définie par un groupe de travail, a

permis de déterminer les mots clés pour une sélection précise et adaptée des articles. Notre recherche documentaire a été effectuée dans plusieurs bases de données médicales et de littérature grise. Nous n'avons inclus que des articles dont l'objectif mentionnait clairement notre question de recherche.

La sélection des articles a été détaillée rigoureusement faisant apparaître le motif d'exclusion de la totalité de nos recherches. L'extraction des données a été réalisée de manière méthodique à l'aide d'un tableau regroupant dix critères prédéfinis. L'évaluation méthodologique s'est basée sur l'utilisation de grilles d'évaluation validées, ce qui permet de comparer les articles et de hiérarchiser les résultats de façon objective.

Notre travail respecte une méthodologie rigoureuse et cohérente avec le projet de recherche et paraît susceptible d'apporter « une » réponse à la question posée.

Cependant, la limite principale de notre étude réside dans la réalisation de la totalité de la revue par un chercheur unique et l'analyse comporte donc des choix potentiellement subjectifs. Les recommandations PRISMA préconisent la participation d'au-moins deux chercheurs afin de réduire les biais de sélection et de percevoir correctement les données de l'article.

De plus, il existe un biais d'inclusion secondaire à la limitation des mots clés d'une part, et au référencement des articles d'autre part. En effet, certains articles potentiellement intéressants, qui auraient du être inclus, n'ont pas été trouvés. Comme par exemple l'étude de Henrickson et al., « *Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial* », sélectionnée par le référencement des bibliographies, n'apparaît pas dans la recherche pubmed malgré la concordance des mots clés définis.

Pour les grilles d'évaluation utilisées, il s'agit en principe d'outils pour apprécier la qualité de l'étude et non d'une notation. Nous avons volontairement répondu aux questions de manière binaire pour obtenir une note et ainsi comparer les articles entre eux. De plus, tous les articles sélectionnés n'ont pas pu être évalués.

Notre choix de limiter les recherches aux articles anglo-saxons ou français et à ceux parus dans les dix dernières années a pu favoriser un biais de publication.

Néanmoins, seul un article été exclu pour le motif de la langue.

Des dictionnaires de langue ont parfois été utilisés (wordreference, Reverso) pour préciser ou améliorer la traduction faite des articles en anglais. Même s'ils ont aidé à la traduction, la compréhension du sens est dépendante du chercheur. La limite de la langue peut aussi altérer une extraction correcte des données.

Nous nous sommes intéressés à la communication des pays scandinaves où le taux de vaccination atteint les objectifs fixés par l'OMS. Il aurait été intéressant d'identifier les moyens qu'ils mettent en place. Nous n'avons hélas trouvé aucun article répondant à notre problématique. Ceci peut probablement s'expliquer par la forte acceptation de la vaccination par les patients, ce qui, a priori, n'entraîne pas de questionnements ni de besoin de soutien pour les médecins scandinaves.

4.2.2. Validité externe

Notre recherche s'est étendue aux bases de données scientifiques anglo-saxons et françaises, ainsi qu'aux revues médicales et aux sites des sociétés savantes, notamment françaises. Notre revue de littérature est ainsi susceptible d'être un bon reflet de la pratique au quotidien et approprié à la situation en France.

Les études scientifiques sélectionnées sont tout de même majoritairement américaines, ce qui peut limiter la reproductibilité aux médecins et patients français. La différence majeure entre nos deux systèmes de soins concerne essentiellement la prise en charge financière de la santé. En effet, on constate dans nombreuses de nos études que le coût des vaccins, ainsi que la présence d'assurances privées chez certains des participants, modifient les résultats au sein d'une même étude.

Elles sont également, pour la plupart, transversales et donc de faible niveau de preuve scientifique (C). Toutefois, les études comparatives de grade scientifique A et B ne semblent pas totalement adaptées ni suffisantes, dans le domaine de la vaccination et notamment de la communication, pour apprécier tous les versants de la relation médecin-parent et tous les moyens mis en œuvre.

De plus, l'évaluation méthodologique retrouve principalement des études de qualité moyenne (50% à 75% de respect des critères de bonne qualité) (12/21 évaluées) et une de mauvaise qualité (<50% de respect des critères).

Sur la majorité des études, lorsque cela était précisé, la principale population cible était l'enfant de plus de 10 ans. Il en est de même pour la vaccination cible qui était, pour la moitié, uniquement anti HPV. Ainsi, on peut trouver une limite de reproductibilité à notre population initiale « la vaccination de l'enfant de 0 à 18 ans ».

Pour finir, la validité externe de certaines de nos études peut être discutée. En effet, pour douze d'entre elles, la présence de conflits d'intérêt comme des subventions ou des places de consultants dans les laboratoires pharmaceutiques peuvent faire douter. Par définition, le conflit d'intérêt est une « situation dans laquelle le jugement professionnel concernant une valeur essentielle (bien du patient, intégrité de la recherche...) est susceptible d'être influencé de manière excessive par un intérêt secondaire comme le gain financier » (60)

Il en est de même pour les compensations financières versées aux professionnels et aux parents, dans onze d'entre elles, qui peuvent amener un biais de sélection. En France, les compensations financières pour participation à la recherche biomédicale sont normalement interdites selon l'Article 16-6 du Code Civil. Sont autorisés, par l'article L1121-11 du CSP, le remboursement de frais exposés liés à la recherche et l'« indemnité en compensation des contraintes subies » versée aux volontaires sains ou dont la pathologie est sans rapport avec la recherche en dédommagement des contraintes subies comme une hospitalisation ou la réalisation d'actes désagréables ou douloureux (61). La réglementation est différente à l'internationale et au sein de l'Europe.

Le fait de déclarer les financements ou compensations lors de la rédaction de l'étude présume tout de même d'une certaine transparence et tend à maintenir la confiance des lecteurs. Qui dit « potentiel » conflit d'intérêt, ne dit pas forcément influence sur la démarche et les résultats de l'étude (60).

4.3. DISCUSSION DES RESULTATS

4.3.1. Mise en perspective avec deux revues de littérature

Notre travail reprend la même méthode que deux de nos études incluses (36) (38). En effet il s'agit de revues de littérature sur la communication médecin-parents autour de la vaccination. L'inclusion de ces articles dans notre travail nous apporte des informations sur les prérequis à la communication, l'abord des préoccupations et des effets secondaires, l'utilisation de supports (36) et l'absence d'efficacité d'une formation et d'une initiation centrée sur le patient sur l'hésitation vaccinale (38).

La principale différence entre ses deux revues et la nôtre concerne le contexte de la recherche : la réticence à la vaccination. Cette notion donc est spécifiée dans les mots clés utilisés par les auteurs, ce qui restreint le champ de recherche.

De plus, concernant l'étude de Connors et al. (38), la question de recherche initiale était de savoir si une approche centrée sur le patient était plus efficace que les autres approches. Les résultats de leur recherche n'étant pas exploitables pour répondre à cette question, les auteurs ont donc choisi de traiter le sujet plus généralement, c'est à dire la communication médecin-parents. L'étude commune à notre travail, d'Henrikson et al. propose une formation avec une approche centrée sur le patient mais ne montre pas d'efficacité sur l'hésitation vaccinale des parents. Une étude supplémentaire à notre travail est celle de Opel et al. qui apporte des résultats cohérents aux nôtres : une approche « présomptive » c'est à dire une annonce « brute », paternaliste de la vaccination (« nous allons faire des vaccins ») est plus efficace qu'une approche participative. Cette approche va à l'encontre des préconisations du CDC.

Notre étude, au contraire, s'intéresse à la communication en général, le but étant de mettre en évidence les moyens de communication présents dans tous types de discussion sur la vaccination (demande d'informations, recommandation de la

vaccination, opposition parentale, etc). Elle apporte ainsi un éventail de résultats plus large concernant la relation médecin–parents et l’analyse de la conversation.

Pour finir notre travail apporte une recherche plus récente, les deux études s’étant arrêtées en septembre 2015 (36) et mars 2016 (38).

4.3.2. L’approche centrée sur le patient

Notre revue, par l’intermédiaire de trois études de bonne qualité méthodologique, met en évidence qu’une approche paternaliste est plus efficace sur la vaccination qu’une approche centrée sur le patient (47) (30) (40) :

- une initiation de type « annonce », « présomptive » montre une augmentation significative de l’initiation de la vaccination
- une communication « efficiente » est associée à un nombre d’adolescents vaccinés plus important.

Ce phénomène pourrait être du aux difficultés liées à la vaccination anti HPV mises en avance par notre revue. En effet, une approche plus « paternaliste » évite l’abord de la sexualité et la place pour les possibles questions des parents.

Cependant, il semble intéressant de discuter leurs limites. Avant tout, les études de Opel et al. et Moss et al, sont transversales donc de faible preuve scientifique. Dans l’étude d’Opel et al. les enregistrements ont lieux sur une seule conversation ne laissant ainsi pas l’opportunité d’apprécier l’efficacité de l’ACP dans le suivi ou dans d’autres cas. De plus les comportements des médecins ainsi que des parents peuvent être modifiés par l’enregistrement et tous les facteurs de confusions n’ont peut-être pas été évalués.

De plus, dans l’étude de Moss et al, on note la présence de biais liée à une analyse s’intéressant uniquement à la perception des parents et comportant un groupe « communication efficiente » de petite taille (200 vs 3998 pour le groupe « communication partagée ». Pour finir, l’étude de Brewer et al. présente des limites dans sa réalisation: un seul site d’étude, différence initiale entre les deux bras, inégalité de la formation liée aux différents intervenants et remise en cause de la

randomisation (échange d'informations possible entre les médecins étant collègues).

Car, en effet, ces résultats vont à l'encontre du courant de pensée actuel qui place le patient au cœur des préoccupations et décisions concernant sa santé. L'approche centrée patient, dont l'efficacité est démontrée par de nombreux travaux, est reconnue internationalement.

Elle améliore la qualité de la relation médecin-patient et favorise une meilleure efficacité des soins due au phénomène de « remède médecin » décrit par Balint (62). Les objectifs sont d'interroger et comprendre les problèmes de santé du patient ainsi que le vécu associé et de les intégrer à la démarche de soins personnalisée. L'HAS parle d'une « relation de partenariat » et de « complémentarité » entre le patient, son entourage et l'équipe médicale.

Elle s'inscrit dans les compétences à acquérir en tant que médecin généraliste dans la communauté médicale nord-américaine et européenne. Le CNGE la place comme centre de sa « marguerite des compétences » qui définit le professionnalisme (Annexe 7) (63) (64).

Des outils peuvent être proposés comme l'acronyme « VRAI » qui permet d'explorer les préférences des patients (son Vécu, ses Représentations, ses Attentes, ce qui est Important pour lui et a du sens) (64).

Une étude qualitative de Duffau de 2011 (65) évalue la pratique en éducation thérapeutique de 12 médecins généralistes libéraux. L'ACP ressort comme un outils efficace et utilisé par l'ensemble des médecins interrogés.

L'efficacité de cette approche dans des maladies chroniques nécessitant une éducation thérapeutique a été démontrée dans plusieurs études (64). Par exemple, sur la prise en charge du diabète de type 2, les résultats tendent vers une amélioration des paramètres cliniques et biologiques (modification significative du poids, de l'HbA1C, de la tension artérielle et du cholestérol pour 8 des 10 patients inclus). Malgré l'absence de différence significative clinique, lors des entretiens qualitatifs de fin d'étude, les patients décrivent un sentiment général de satisfaction, une réappropriation de leur maladie et une amélioration

du vécu.

L'étude de Opel et al. (66) a également montré qu'une approche centrée sur le patient pour aborder la vaccination procurait plus de satisfaction aux parents qu'une approche paternaliste (OR ajusté = 17.3; 95% CI = 1.5, 200.3).

De plus il a été démontré dans une étude canadienne de Stewart et al. que c'est la perception que les patients ont de la consultation qui est liée à un résultat positif pour leur santé et pour l'efficacité des soins médicaux (67).

Une amélioration de la satisfaction des patients conduirait donc à une meilleure efficacité des soins ; objectif que l'ACP permet d'atteindre.

La formation continue du généraliste visant à améliorer les compétences liées à l'ACP permettrait d'améliorer le comportement médical et apporterait également de la satisfaction du côté des professionnels (64).

4.3.3. Influence des représentations et des attitudes des médecins

Nous constatons aux travers des études sélectionnées que les pratiques des médecins ne sont pas encore optimales concernant la vaccination. Par exemple dans les études transversales de Gilkey et al. (2015 et 2016) et Moss et al. (2016) (42) (31) (30), une absence d'initiation de la discussion voire une absence totale de recommandation de la vaccination est relevée dans 1/3 des cas en moyenne. Dans l'étude de Gilkey et al. (2015) (32), les auteurs abordent la perception que les médecins se font des parents. En effet la moitié des médecins interrogés pensent que les parents accordent peu d'importance à la vaccination anti HPV, et il est constaté, pour ces médecins, une diminution significative de la qualité de la « recommandation ».

Dans l'étude transversale de Collange et al. (2015), ce défaut de promotion de la vaccination est révélée chez les médecins exerçant la médecine douce ou faisant moins vacciner leurs enfants (41).

En effet les perceptions et les croyances des médecins influencent leurs pratiques de la vaccination de façon positive mais également de façon négative. Devant le défaut de couverture vaccinale et ses raisons multifactorielles, de nombreuses études ont étudié ces influences sur la vaccination.

Une étude réalisée entre 2002 et 2005 aux Etats-Unis a fait la corrélation entre les croyances des médecins et des parents et le taux de vaccination des enfants. Les parents, dont le médecin pense que l'enfant reçoit plus de vaccination que nécessaire, ont 4,6 fois plus de chance de penser la même chose (68).

L'étude DIVA (69), étude qualitative par entretiens semi-dirigés en groupe, réalisée auprès de 36 médecins généralistes français, a permis de mettre en évidence quarante facteurs influençant la vaccination, répartis en six thèmes. Le thème « vécu du médecin généraliste » regroupe ainsi leurs perceptions et expériences. L'expérience de cas de maladie chez un patient, dans l'entourage du médecin ou chez lui personnellement est un facteur en général favorisant. Dans le cas de leur propre vaccination, l'influence varie en fonction du ressenti de l'expérience.

Deux études observationnelles françaises (70) (71) et une revue de la littérature américaine (72) permettent de définir d'autres facteurs déterminant la vaccination.

La perception de la vaccination, en elle-même, est citée comme influençant la pratique des médecins : doute sur l'utilité, peur des effets secondaires, innocuité de la maladie, douleur de l'injection.

La confiance des médecins envers leurs connaissances et leurs facultés à promouvoir la vaccination est un facteur fréquemment rapporté : ils recommandent la vaccination plus fréquemment lorsqu'ils se sentent capables d'expliquer les bénéfices et les risques aux patients (OR = 1.87; 1.35-2.59). Ainsi la formation continue serait associée à une pratique plus fréquente de la vaccination.

Il est intéressant d'aborder la propre vaccination des médecins, considérée elle-même comme un facteur d'influence des pratiques. Les constats sont similaires, sujette elle aussi aux croyances et à l'environnement.

La revue de littérature sur la vaccination antigrippale des professionnels de santé de Prematunge et al. de 2012 (73) met en évidence l'influence de facteurs professionnels (confiance envers la communication de santé publique, souhait de préserver la santé des autres, importance de l'épidémie, etc) mais également de facteurs personnels comme l'encouragement des proches et des collègues, la sécurité du vaccin, la communication médiatique, etc. Si l'on considère que leur propre vaccination est influencée par des facteurs intrinsèques aux médecins, alors ces facteurs ont indirectement et indéniablement une répercussion sur les pratiques.

De plus certains médecins expriment une appréhension à aborder la sexualité (44) et un manque de confiance pour aborder les questions des adjuvants (39) voire donnent parfois des informations erronées comme dans l'analyse qualitative de Bryant (2009) (43). Seulement, comme notre revue le souligne, il est impératif de répondre aux préoccupations des parents concernant les effets secondaires et la balance bénéfices risques. Devant le manque d'assurance du professionnel ou la désinformation du patient, la confiance, point central de la relation médecin-parent, peut être altérée et donc désengager le patient.

Ainsi les attitudes, les perceptions et les connaissances des médecins influençant fortement leur communication, il est donc important de faire preuve de professionnalisme. S'obliger à prendre sur soi, adapter le discours aux besoins et se former en continu sont les garants d'une information claire et appropriée et ainsi préserver le libre choix du patient.

4.3.4. Efficacité de l'entretien motivationnel

L'étude de Dempsey et al. (53) conclue que l'EM est efficace sur vaccination alors

que c'est le kit complet qui est évalué et efficace. Il est donc intéressant de discuter les différentes interventions qui le composent en dehors de l'EM.

Comme nous l'avons noté précédemment, les outils à but informatif et éducatif (fiche et sites internet) ainsi que ceux communiquant sur la peur (photographie), lorsqu'ils sont utilisés isolément, n'ont pas montré d'efficacité sur l'adhésion des parents ni sur l'amélioration des taux de vaccination. Ainsi on peut penser que c'est l'EM, probablement associé à ces différents outils, qui permet la modification du comportement face à la vaccination.

Cette technique est citée dans plusieurs de nos articles. Le risque principal face à un parent réticent est de l'offenser en poursuivant la conversation, et ainsi atteindre la relation médecin-patient (48). L'EM facilite la discussion, voire le changement, tout en respectant les préoccupations des parents et leur autonomie de décision.

Les nombreuses études réalisées ont fourni d'importantes connaissances sur les mécanismes et des résultats concluant sur l'efficacité dans le cadre d'addiction, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le surpoids, etc. (74). Il est maintenant reconnu et établi comme outil de choix pour une ACP et pour un accompagnement du patient vers le changement (75).

4.3.5. Stock de vaccins au cabinet

Dans l'étude de Gilkey et al. (32) le médecin recommande plus fortement la vaccination anti HPV lorsqu'il possède un stock de vaccins dans le cabinet.

A l'image de ce qu'il se fait aux Etats Unis et en Allemagne, il apparaît, dans ces études, utile et motivant pour la communication et la vaccination d'avoir à disposition quelques vaccins au cabinet permettant une vaccination immédiate. En effet l'acte de vaccination est déterminé par une consultation ultérieure, laissée finalement au seul choix du patient. Ainsi le médecin pourra pallier aux vaccins non retirés en pharmacie ou laissés dans le réfrigérateur. Encore plus, dans le cas de parents hésitants, où la nécessité de la seconde consultation peut engendrer une « décision passive » par l'absence de prise de décision.

Un essai contrôlé randomisé réalisé en France (76) compare le taux de vaccination à 2 semaines de 3 groupes de médecins généralistes (« témoin », prise de « rendez-vous » ultérieur pour la vaccination et « stock » qui permet une vaccination immédiate grâce à une conservation au froid de vaccin). Au travers de 302 prescriptions, on trouve un taux de vaccination à 2 semaines de 7% pour les groupes « témoin » et « rendez-vous » et de 75,5% pour le groupe « vaccination immédiate ».

Cette pratique est déjà « officieusement » réalisée par certains médecins généralistes français de façon organisée ou plus spontanée.

4.3.6. Communication en prénatal

Dans la revue de littérature de Ames et al. (35), un des moments identifié comme opportun pour la communication sur la vaccination serait avant la naissance de l'enfant. En effet, pendant cette période, les parents sont moins fatigués, plus libres et plus réceptifs pour discuter de vaccination.

Une étude qualitative américaine par entretien semi dirigés (77) s'est intéressée, auprès de 20 mamans et 5 couples, au cheminement et aux facteurs influençant la prise de décision de vaccination de leur enfant. Le moment où la décision est prise, de vacciner ou non le 1^{er} enfant, est identifié comme l'un des 3 moments où la décision peut être influencée. C'est à dire qu'elle soit prénatale, périnatale ou lors d'une consultation, lorsque la décision est prise, elle ne sera pas reconsidérée, ceci pour les 2 voire 3 enfants à venir.

Le constat est similaire en 2006 avec l'étude néo-zélandaise de Grant et al. (78). Le taux de vaccination des nourrissons de 6 à 23 mois est inférieur si les parents avaient reçu des informations décourageantes en anténatal.

C'est pourquoi il peut être intéressant de discuter la vaccination de l'enfant à venir pendant la grossesse afin de pouvoir discuter et argumenter les bénéfices avant que la décision ne soit prise.

Ces résultats n'ont qu'un faible niveau de preuve mais peuvent être une piste pour de futurs travaux.

4.4. PERSPECTIVES PERSONNELLES ET GLOBALES

4.4.1. Personnelles

Ce travail a mis en évidence des outils utiles à une communication sur la vaccination de l'enfant plus optimale et ainsi surmonter les difficultés de ma pratique qui sont à l'origine de ma question de recherche.

De plus, au cours de ma revue, j'ai eu plaisir à parcourir divers sites et des documents sur la vaccination en générale et sur d'autres sujets. J'ai ainsi redécouvert l'intérêt et l'importance des avancées quotidiennes de la médecine, ce qui m'a donné l'envie et le souhait d'approfondir de nouvelles thématiques.

Pour finir, cette revue souligne l'utilité et l'efficacité de l'entretien motivationnel ; formation que j'ai suivi il y a quelques années et que je souhaite réinvestir dans ma pratique professionnelle.

4.4.2. Globales

Les pistes évoquées pour favoriser la vaccination (organisation des consultations, stock de vaccins au cabinet et discussion en prénatal) doivent être proposées et soutenues par les sociétés savantes. Leur évaluation par des études plus puissantes sera nécessaire et facilitée par leur mise en pratique immédiate.

Il semble donc important que les formations médicales continues, les groupes de pairs et les congrès proposent systématiquement des interventions axées sur la communication en général et/ou de la vaccination en particulier

Traduire le PACV score et familiariser les médecins généralistes français à son utilisation permettrait initialement d'évaluer les attitudes des parents. L'intégrer au carnet de suivi de grossesse et/ou au carnet de santé de l'enfant encouragerait les parents à le remplir avant les premières vaccinations et permettrait également

de solliciter leurs questions et préoccupations et d'initier la conversation sur la vaccination.

Comme « Antibioclic » (79) ou « Gestaclic » (80), le professionnel pourrait s'aider d'un site internet consacré à la communication sur la vaccination. À partir du score du PACV ou d'une problématique, le site pourrait fournir aux médecins des outils pour communiquer et des stratégies pour entamer le changement des parents. Le développement de cet outil informatique serait d'une aide non négligeable pour aider le médecin à proposer une communication adaptée tout en limitant le facteur chronophage de cette démarche.

Pour finir, l'ACP semble la plus appropriée pour aborder la santé des patients mais son efficacité n'est pas démontrée dans le cadre de la vaccination.

La compréhension des comportements est en effet un objectif complexe à atteindre. C'est pourquoi d'autres études psycho-sociales peuvent être menées afin de cibler tous les facteurs et mécanismes influençant les interactions médecins-parents et les attitudes de chacun.

L'évaluation de l'ACP et de l'entretien motivationnel, peu réalisée dans le cadre de la vaccination, serait utile aux vus des précédents constats.

5. CONCLUSION

Les bienfaits de la vaccination, pleinement démontrés, seront optimum lorsque la couverture vaccinale atteindra les objectifs fixés par l'OMS d'environ 95% pour l'ensemble des maladies à prévention vaccinale hormis 75% pour la grippe.

Cependant, en France, elle peine à atteindre les 90% pour le ROR par exemple et on assiste à une recrudescence de rougeole depuis novembre 2017 ayant causé de nombreuses hospitalisations et un décès.

Face au phénomène de réticence persistant depuis quelques temps, malgré l'obligation vaccinale récente, continuer d'informer sur les maladies et d'expliquer les enjeux de la vaccination est essentiel.

Notre revue a permis d'identifier différents moyens de communiquer et d'améliorer la communication, dans le cadre privilégié de la relation médecin-parent.

Elle montre que l'attitude du médecin généraliste et la maîtrise de sa communication ont un effet positif sur l'opinion et la décision des parents. Il doit donc se préparer et acquérir les compétences nécessaires pour y parvenir. Quelques moyens simples et outils plus techniques ont montré leur efficacité et sont des pistes pour la pratique immédiate.

L'évaluation de ces pistes de travail ainsi qu'une meilleure compréhension des comportements doivent encore être étudiées.

Le médecin généraliste, principal vaccinateur de l'enfant, doit se réapproprier la communication sur la vaccination dans un souci d'information et de promotion. Ainsi on peut espérer rétablir la confiance et l'adhésion des parents. Notre travail aide et accompagne les professionnels dans cet objectif.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Vaccination [Internet]. WHO. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/immunization/fr/>
2. Vaccins et vaccinations [Internet]. Inserm. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/vaccins-et-vaccinations>
3. Couverture vaccinale : Questions-Réponses / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Couverture-vaccinale-Questions-Reponses>
4. Guthmann J, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2012 nov [cité 23 févr 2018] p. 98p. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Mesure-de-la-couverture-vaccinale-en-France>
5. OMS | Couverture vaccinale [Internet]. WHO. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/>
6. Rougeole, rubéole, oreillons / Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Rougeole-rubeole-oreillons>
7. Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance au 18 avril 2018. / Points d'actualités / Rougeole / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Bulletin-epidemiologique-rougeole.-Donnees-de-surveillance-au-18-avril-2018>
8. BEH hors-série - Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique / 2017 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique>
9. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. oct 2016;12:295-301.
10. 11 vaccins obligatoires en 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/vaccins-obligatoires/article/11-vaccins-obligatoires-en-2018>
11. OMS | Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 [Internet]. WHO. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/DoV_GVAP_2012_2020/fr/
12. 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.

13. Le Monde du 13/07/17 - L'OBLIGATION DE VACCINATION RISQUE D'ETRE CONTRE PRODUCTIVE [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/le_monde_du_130717_lobligation_de_vaccination_risq/
14. Obligés ? [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/DA382EF14AE277717BD84FB36E943283/Download.aspx>
15. [communiqu_e_vaccins_CNGE.pdf](#) [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: http://lecmg.fr/photos/communiqu_e_vaccins_c2.pdf?PHPSESSID=hsipc2hlt5qar8d7i7elvimnt5
16. Mills E, Jadad AR, Ross C, Wilson K. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *J Clin Epidemiol.* nov 2005;58(11):1081-8.
17. Mahé I. Les freins à la vaccination: revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
18. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics.* avr 2014;133(4):e835-842.
19. KENNEDY A, GLASSER J, COVELLO V, GUST D, Immunization Services Division. National Center for Immunization and Respiratory Diseases. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. GA. USA. Development of Vaccine Risk Communication Messages Using Risk Comparisons and Mathematical Modeling. *JOURNAL OF HEALTH COMMUNICATION.* 2008;13(8):793-807.
20. Saeterdal I, Lewin S, Austvoll-Dahlgren A, Glenton C, Munabi-Babigumira S. Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev.* 19 nov 2014;(11):CD010232.
21. Kaufman J, Synnot A, Ryan R, Hill S, Horey D, Willis N, et al. Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 mai 2013;(5):CD010038.
22. Williams N, Woodward H, Majeed A, Saxena S. Primary care strategies to improve childhood immunisation uptake in developed countries: systematic review. *JRSM Short Rep* [Internet]. 25 oct 2011 [cité 29 mai 2017];2(10). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205560/>
23. My C, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: A national online survey. *Aust Fam Physician.* mars 2017;46(3):145-51.
24. Chung Y, Schamel J, Fisher A, Frew PM. Influences on Immunization Decision-Making among US Parents of Young Children. *Matern Child Health J.* 28 juill 2017;
25. Walling EB, Benzoni N, Dornfeld J, Bhandari R, Sisk BA, Garbutt J, et al. Interventions to Improve HPV Vaccine Uptake: A Systematic Review. *Pediatrics.* juill 2016;138(1).
26. Grall G. L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique: l'enquête. *Médecine.* juin 2017;254-60.
27. Définitions : moyen - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/moyen/53035>
28. Schöpfel J. Comprendre la littérature grise, Understanding grey literature. *I2D - Information, données & documents.* 3 avr 2015;me 52(1):30-2.

29. Statistiques [Internet]. UNICEF. [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: https://www.unicef.org/french/infobycountry/sweden_statistics.html
30. Moss JL, Reiter PL, Rimer BK, Brewer NT. Collaborative patient-provider communication and uptake of adolescent vaccines. *Soc Sci Med.* 2016;159:100-7.
31. Gilkey MB, Calo WA, Moss JL, Shah PD, Marciniak MW, Brewer NT. Provider communication and HPV vaccination: The impact of recommendation quality. *Vaccine.* 24 févr 2016;34(9):1187-92.
32. Gilkey MB, Malo TL, Shah PD, Hall ME, Brewer NT. Quality of physician communication about human papillomavirus vaccine: findings from a national survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* nov 2015;24(11):1673-9.
33. Scherr CL, Augusto B, Ali K, Malo TL, Vadaparampil ST. Provider-reported acceptance and use of the Centers for Disease Control and Prevention messages and materials to support HPV vaccine recommendation for adolescent males. *Vaccine.* 29 2016;34(35):4229-34.
34. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>
35. Ames HM, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev.* 07 2017;2:CD011787.
36. Cancel C. Communication autour de la vaccination avec des parents opposants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
37. Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, et al. « Communicate to vaccinate »: the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. *BMC Int Health Hum Rights.* 11 mai 2013;13:23.
38. Connors JT, Slotwinski KL, Hodges EA. Provider-parent Communication When Discussing Vaccines: A Systematic Review. *J Pediatr Nurs.* avr 2017;33:10-5.
39. Segond V. Réaction et communication des médecins généralistes en Ile-de-France face à des parents s'opposant aux vaccins pour leur enfant: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
40. Opel DJ, Heritage J, Taylor JA, Mangione-Smith R, Salas HS, Devere V, et al. The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. *Pediatrics.* déc 2013;132(6):1037-46.
41. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes>
42. Dempsey AF, Pyrzanowski J, Lockhart S, Campagna E, Barnard J, O'Leary ST. Parents' perceptions of provider communication regarding adolescent vaccines. *Hum Vaccin Immunother.* 02 2016;12(6):1469-75.
43. Bryant KA, Wesley GC, Wood JA, Hines C, Marshall GS. Use of standardized patients to examine physicians' communication strategies when addressing vaccine refusal: A pilot study. *Vaccine.* 2 juin 2009;27(27):3616-9.
44. Hudson SM, Rondinelli J, Glenn BA, Preciado M, Chao C. Human papillomavirus

- vaccine series completion: Qualitative information from providers within an integrated healthcare organization. *Vaccine*. 24 2016;34(30):3515-21.
45. Grall G, Vallée J, Botelho-Nevers E, Charles R. L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique. *Médecine*. 1 juin 2017;13(6):254-60.
 46. Rickert VI, Rehm SJ, Aalsma MC, Zimet GD. The role of parental attitudes and provider discussions in uptake of adolescent vaccines. *Vaccine*. 29 janv 2015;33(5):642-7.
 47. Brewer NT, Hall ME, Malo TL, Gilkey MB, Quinn B, Lathren C. Announcements Versus Conversations to Improve HPV Vaccination Coverage: A Randomized Trial. *Pediatrics*. janv 2017;139(1).
 48. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr*. 21 sept 2012;12:154.
 49. Healy CM, Pickering LK. How to communicate with vaccine-hesitant parents. *Pediatrics*. mai 2011;127 Suppl 1:S127-133.
 50. Jacobson RM, Van Etta L, Bahta L. The C.A.S.E. approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. *Minn Med*. avr 2013;96(4):49-50.
 51. Leask J. How do general practitioners persuade parents to vaccinate their children? A study using standardised scenarios. *N S W Public Health Bull*. août 2009;20(7-8):119-24.
 52. Henrikson NB, Opel DJ, Grothaus L, Nelson J, Scrol A, Dunn J, et al. Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial. *Pediatrics*. juill 2015;136(1):70-9.
 53. Dempsey AF, Pyrznowski J, Lockhart S, Barnard J, Campagna EJ, Garrett K, et al. Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 5 mars 2018;e180016-e180016.
 54. Reno JE, O'Leary S, Garrett K, Pyrznowski J, Lockhart S, Campagna E, et al. Improving Provider Communication about HPV Vaccines for Vaccine-Hesitant Parents Through the Use of Motivational Interviewing. *J Health Commun*. 23 févr 2018;1-8.
 55. Vaccination des adolescents Auteur(s) : PICHEROT G. Date de publication : 2011-09-09 La Revue du Praticien - Médecine Générale | N° 865 | Page(s) : 546-7 | Rubrique éditoriale : ARTICLE [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/MG/2011/865/MG_2011_865_546.pdf
 56. Malo TL, Ali KN, Sutton SK, Perkins RB, Giuliano AR, Vadaparampil ST. The content and context of physicians' communication with males about human papillomavirus vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 02 2016;12(6):1511-8.
 57. Hswen Y, Gilkey MB, Rimer BK, Brewer NT. Improving Physician Recommendations for Human Papillomavirus Vaccination: The Role of Professional Organizations. *Sex Transm Dis*. janv 2017;44(1):42-7.
 58. Brown ECF, Little P, Leydon GM. Communication challenges of HPV vaccination. *Fam Pract*. avr 2010;27(2):224-9.
 59. Code de la santé publique - Article L1111-2 | Legifrance [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>
 60. Les conflits d'intérêt - EM|consulte [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/rmr/article/144678>

61. Code de la santé publique - Article L1121-11. Code de la santé publique.
62. La communication professionnelle en santé, 2e édition [Internet]. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/150/701/52105/4887/4885/SubReportDetails.aspx>
63. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
64. Drougard A, Jourdain M, Canévet J-P. Usage de la notion d'approche centrée patient dans la communauté de médecine générale: revue systématique de la littérature de 2004 à 2016. France; 2017.
65. Duffau N, Le Vaillant P. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique. France; 2011.
66. Opel DJ, Mangione-Smith R, Robinson JD, Heritage J, DeVere V, Salas HS, et al. The Influence of Provider Communication Behaviors on Parental Vaccine Acceptance and Visit Experience. *Am J Public Health.* oct 2015;105(10):1998-2004.
67. Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract.* 1 oct 2005;55(519):793-801.
68. Mergler MJ, Omer SB, Pan WKY, Navar-Boggan AM, Orenstein W, Marcuse EK, et al. Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers. *Vaccine.* 23 sept 2013;31(41):4591-5.
69. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Santé Publique.* 22 avr 2016;28(1):19-32.
70. Pulcini C, Massin S, Launay O, Verger P. Knowledge, attitudes, beliefs and practices of general practitioners towards measles and MMR vaccination in southeastern France in 2012. *Clin Microbiol Infect.* janv 2014;20(1):38-43.
71. 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.* août 2015;2(8):891-7.
72. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine.* 20 déc 2016;34(52):6700-6.
73. Prematunge C, Corace K, McCarthy A, Nair RC, Pugsley R, Garber G. Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers--a systematic review. *Vaccine.* 6 juill 2012;30(32):4733-43.
74. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* nov 2013;93(2):157-68.
75. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris : InterÉditions, DL 2013, cop. 2013;
76. Rethore Berthome E. Impact sur la couverture vaccinale de la mise à disposition des vaccins au cabinet du généraliste: Etude prospective sur la vaccination dTCaPolio et ROR dans la Vienne. [Internet]. 2013 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/175>
77. Brunson EK. Identifying Parents Who Are Amenable to Pro-Vaccination Conversations. *Glob Pediatr Health.* 2015;2:2333794X15616332.

78. Grant CC, Petousis-Harris H, Turner N, Goodyear-Smith F, Kerse N, Jones R, et al. Primary care practice and health professional determinants of immunisation coverage. *J Paediatr Child Health*. août 2011;47(8):541-9.
79. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cité 3 mai 2018]. Disponible sur: <https://antibioclic.com/>
80. GESTACLIC - Accueil [Internet]. [cité 3 mai 2018]. Disponible sur: <http://gestaclic.fr/>

ANNEXES

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans les domaines de la santé publique, analyse les données de la rougeole issues de son réseau de partenaires et publie les indicateurs résultant de l'analyse de ces données dans ce bulletin mis en ligne chaque semaine sur son site internet. **Les données du présent bulletin sont provisoires à la date de l'analyse.**

Points clés

- ▶ Recrudescence de la rougeole depuis novembre 2017
- ▶ Au 15 avril 2018, 1781 cas déclarés depuis le 6 novembre 2017 (+ 176 cas depuis le dernier bulletin hebdomadaire)
- ▶ Plus de 1703 cas (96%) déclarés depuis le 1er janvier 2018
- ▶ 76 départements ont déclaré au moins 1 cas, nombre en hausse depuis le dernier bulletin.
- ▶ 53% des cas (n=938) sont déclarés dans la région Nouvelle-Aquitaine, seule région en situation épidémique.
- ▶ Incidence la plus élevée chez les moins de 1 an: 16,6 cas/100.000 habitants
- ▶ 21% des cas déclarés ont été hospitalisés
- ▶ 87% des cas de rougeole sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés

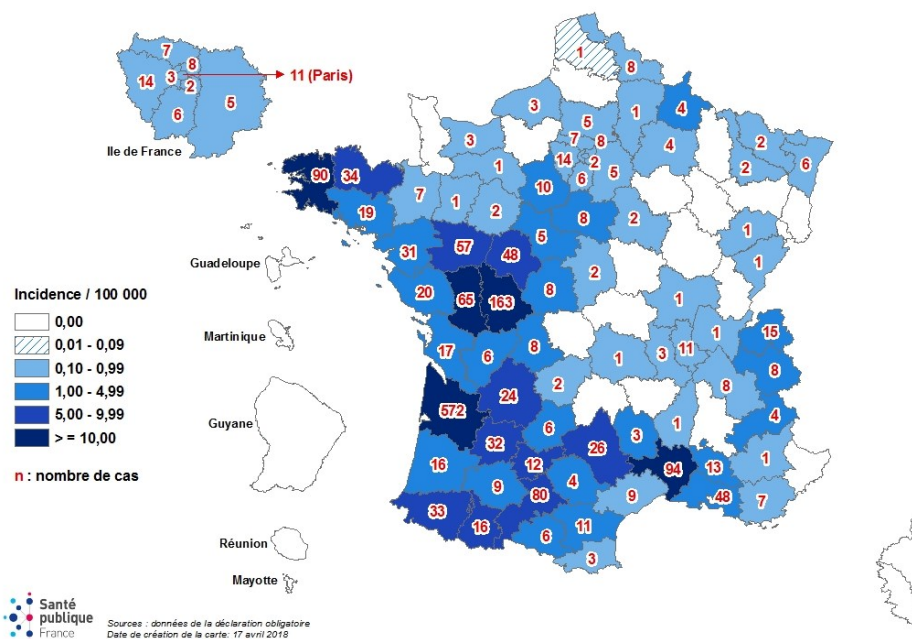
Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance de la rougeole :
Le CNR des virus de la rougeole, rubéole et oreillons, les médecins libéraux, urgentistes, laboratoires, réanimateurs et épidémiologistes



CNR Virus de la rougeole, rubéole et oreillons



Figure 1 : Incidence cumulée et nombre de cas de rougeole déclarés par départements, du 06 novembre 2017 au 15 avril 2018 (données provisoires n= 1781)



Foyers actifs.

Huit régions rapportent des foyers actifs* : Auvergne-Rhône-Alpes (1 foyer hospitalier); Bretagne (4: 2 foyers scolaires, 2 chez des gens du voyage); Centre Val de Loire (4: 2 chez des gens du voyage, 1 foyer scolaire et 1 petite enfance); Ile-de-France (1: 1 structure petite enfance); Nouvelle-Aquitaine (8: 1 foyer hospitalier, 1 universitaire, 2 scolaires, 2 chez des gens du voyage, 1 chez des migrants et 1 petite enfance); Occitanie (1: 1 foyer universitaire); Pays de Loire (6: 1 petite enfance, 3 foyers scolaires et 2 chez des gens du voyage) et PACA (1 foyer scolaire).

* plus de 3 cas groupés dont au moins 1 confirmé, en collectivité, dans les 30 derniers jours, hors clusters familiaux

Chiffres clés

En semaine 14 (S14-2108) et depuis le 6 novembre 2017 (S45- 2017)

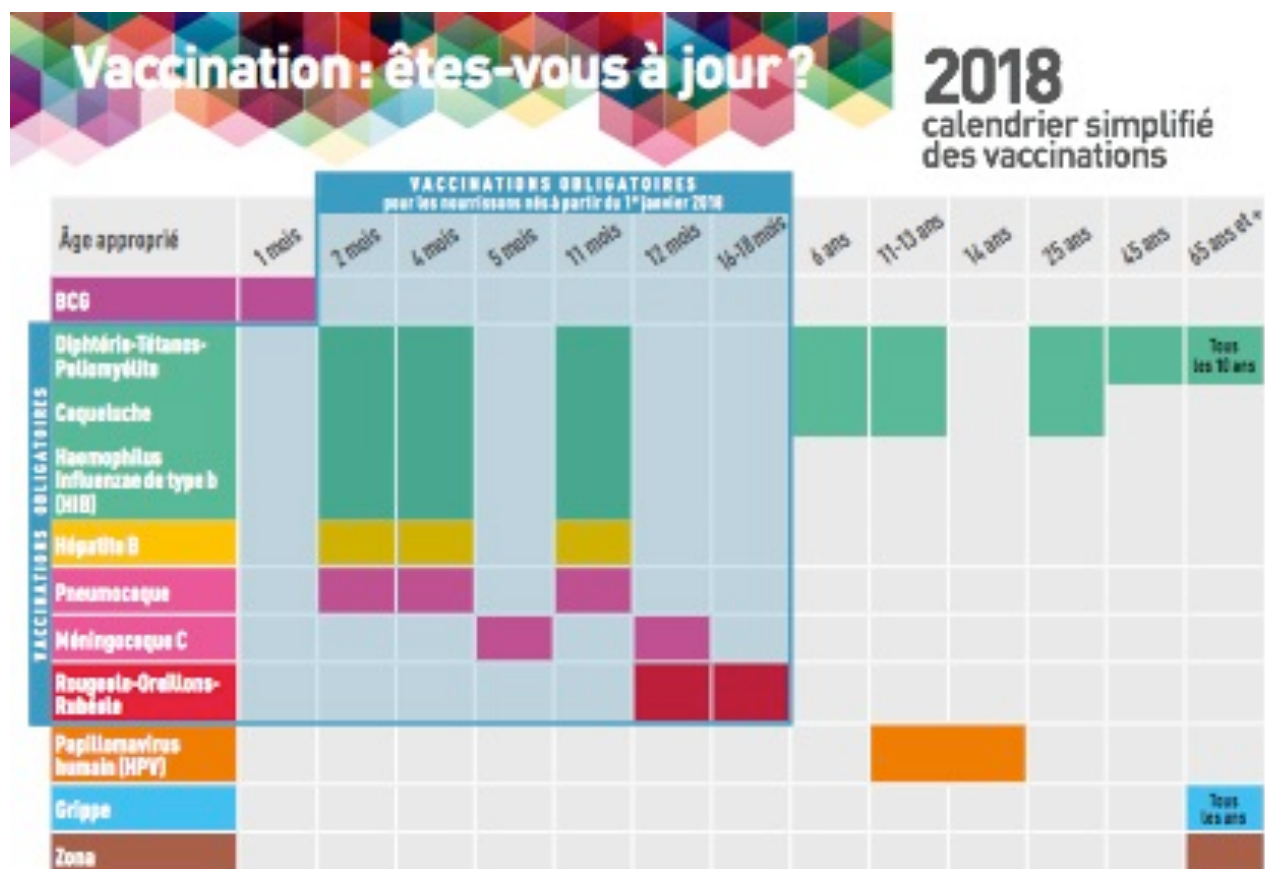
Les indicateurs	En S 14- 2018*	Depuis la S 45 - 2017**
Nombre de cas	133	1781
Dont cas hospitalisés (%)	28 (21%)	372 (21%)
Dont formes compliquées (%)	15 (11%)	161 (9%)
Dont admis en réanimation (%)	0 (0%)	16 (1%)
Dont Décès	0 (0%)	1 (0%)
Taux d'incidence cumulée / 100.000 habitants	-	2,76
Nombre de départements avec incidence >0,1/100.000 habitants	-	75
Données démographiques		
Sexe ratio M/F	1,06	1,07
Nombre cas chez les moins de 1 ans	8 (6%)	137 (8%)
Nombre cas chez les 1-14 ans	70 (53%)	694 (39%)
Nombre cas chez les plus de 15 ans	55 (41%)	950 (53%)
Age médian (en années)	12	16
Confirmation biologique		
Nombre de cas confirmé biologiquement	-	723 (41%)
Nombre de cas liés épidémiologiquement	-	377 (21%)
Nombre de cas cliniques	-	681 (38%)
Statut vaccinal (sur les cas nés depuis 1980 avec statut vaccinal renseigné)		
	(n=114)	(n=1415)
Non vaccinés	78 (60%)	1035 (73%)
Vaccinés 1 dose	25 (22%)	198 (14%)
Vaccinés 2 doses	11 (10%)	152 (11%)
Vaccinés nombre doses inconnues	0 (0%)	22 (2%)
Fréquentation d'une collectivité à risque (n=1472)		
Cas ayant fréquenté une collectivité à risque	-	316 (21%)
Structure d'accueil de la petite enfance	-	139
Milieu de soins	-	53
Autres collectivités	-	117
Non renseigné	-	7
Cas n'ayant pas fréquenté une collectivité à risque	-	1155 (78%)

* Compte tenu des délais de notifications, ce sont les données de la semaine N-2 qui sont présentées

** Les cas de rougeole de la semaine N-1 sont inclus dans le bilan fait à partir de la semaine 45

- La figure 2 montre l'évolution de l'incidence des cas déclarés par semaine depuis le 6 novembre 2017.
- L'incidence la plus élevée concerne les enfants âgés de moins de 1 an avec un taux à 16,6 pour 100 000 (figure 3a).

Calendrier vaccinal simplifié 2018.



Lignes directrices PRISMA en français

Kinesither Rev 2015;15(157):39–44

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
INTRODUCTION			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS ^a).	
MÉTHODE			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues <i>a priori</i> .	

41

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (<i>forest plot</i>).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

^aNote du traducteur : Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design

contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

La traduction intègre la correction de l'item 21 recommandée sur le site officiel, et tel que spécifié dans le document d'explications [3] : « *Present the main results of the review. If meta-analyses are done, include for each, confidence intervals and measures of consistency* ».

L'acronyme anglophone de la méthode « PICOS » a été conservé ; sa signification complète est précisée en note de bas de page.

L'expression anglophone couramment utilisée « *risk ratio* » a été conservée puisqu'il s'agit d'une méthode de calcul du risque relatif qui prend en compte le délai de survenue des événements, et ne peut donc être complètement assimilée à la notion de « risque relatif » [13,14].

L'expression anglophone « *measures of consistency* » a été traduite par la locution « tests d'hétérogénéité », plus usuelle dans le langage francophone pour désigner les moyens de vérifier l'hypothèse d'homogénéité [10,13,15,16].

Pour faciliter l'appropriation de la traduction, l'appellation anglophone « *forest plot* », très couramment usitée par les professionnels francophones, est citée entre parenthèses à la suite de sa traduction officielle « *graphique en forêt* », moins connue mais aussi employée.

Caractéristiques et principaux résultats des articles sélectionnés.

Tableau 1

Titre, auteurs, publication.	Réf. biblio	Evaluation méthodologique	Pays	Type d'étude	Vaccin(s) étudié(s)	Population cible du vaccin	Type de communication / intervention / critères de jugement	Participants (% des contactés) / nb articles pour RL	Conflits d'intérêt / compensation financière
Pubmed = 15									
"Communicate to vaccinate": the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. Willis N et al BMC Int Health Hum Rights. 2013 May 11;13:23	37	R-AMSTAR 22/44 50%	International	Revue de littérature	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Interventions de communication pour la promotion de la vaccination de routine Développement d'une taxonomie	Non Communiqué 221 articles	Aucun conflit déclaré
Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. Leask J et al BMC Pediatr. 2012 Sep 21;12:154	48	R-AMSTAR 19/44 43,2%	Etats Unis	Revue de littérature	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Position des parents par rapport aux attitudes et comportements des PdS	Non Communiqué 9 articles	Aucun conflit déclaré
Communication challenges of HPV vaccination. Brown EC et al Fam Pract. 2010 Apr;27(2):224-9	58	CASP 18/32 56,3%	Royaume Unis	Analyse qualitative d'entretiens semi dirigés en face à face	HPV	Fille de 12-13 ans	Communication + organisation pour assurer vaccination Contexte de l'introduction dans le programme national	10 MG + 7 IDE	Aucun conflit déclaré - non communiqué
How to communicate with vaccine-hesitant parents. Healy CM et al Pediatrics. 2011 May;127 Suppl 1:S127-33	49	-	Etats Unis	Article d'experts	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Pré requis à la communication	-	Subventions Sanofi, consultat Novartis
Human papillomavirus vaccine series completion: Qualitative information from providers within an integrated healthcare organization. Hudson SM et al Vaccine. 2016 Jun 24;34(30):3515-21	44	CASP 23/32 71,9%	Etats Unis	Etude qualitative d'entretiens semi-dirigés par téléphone	HPV	Enfant de 9-17 ans	Perceptions des médecins sur les facteurs parentaux, professionnels et du système de soin et pratiques pour la finalisation du schéma vaccinal complet.	61 médecins : 30 provenant de centres avec bas niveau de vaccination HPV, 31 de centres avec haut taux de vaccination	Financem par Merck - 10\$
Improving Physician Recommendations for Human Papillomavirus Vaccination: The Role of Professional Organizations. Hswen Y et al Sex Transm Dis. 2017 Jan;44(1):42-47	57	STROBE 16/22 72,7%	Etats Unis	Etude transversale	HPV	Enfant de 11-12 ans	Perceptions des médecins sur les organisations professionnelles et évaluation des pratiques de recommandation de la vaccination	366 MG + 410 pédiatres (32%) < panel national	Financem par Mercks, GSK, Pfizer - 45\$
Improving Provider Communication about HPV Vaccines for Vaccine-Hesitant Parents Through the Use of Motivational Interviewing. Reno JE. Et al. Journal of Health Communication, 00: 1-8, 2018	54	CASP 21/29 72,4 %	Etats Unis	Analyse mixte quanti et qualitative par focus groupe du bras intervention d'un ECR	HPV	Enfant de 11-17 ans	Expérience et impact d'une formation d'entretien motivationnel (EM) sur la communication professionnels de santé-parents.	8 cliniques ou cabinets de pédiatres et/ou médecins généralistes. Nombre de professionnels non communiqué	Non Communiqué
Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. Ames HM et al Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 7;2	35	ENTREQ 21/21 100%	Norvege	Revue de littérature qualitative	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Point de vue et expérience des parents envers communication avec professionnels de santé, et influence de la communication sur la décision de vaccination.	Non Communiqué 38 articles	Aucun conflit déclaré

Titre, auteurs, publication.	Réf. bibliographique	Evaluation méthodologique	Pays	Type d'étude	Vaccin(s) étudié(s)	Population cible du vaccin	Type de communication / intervention / critères de jugement	Participants (% des contactés) / nb articles pour RL	Conflits d'intérêt / compensation financière
Parents' perceptions of provider communication regarding adolescent vaccines. Dempsey AF et al Hum Vaccin Immunother. 2016 Jun 2;12(6):1469-75	42	STROBE 16/22 72,7%	Etats Unis	Etude transversale	HPV + vaccins de routine	Enfant de 9-14 ans	Perceptions et préférences des parents concernant la communication des PdS sur la vaccination notamment anti HPV.	356 parents (48%)	Participation à comité consultatif Merck et Pfizer/ CDC - 5\$ +/- 5\$
Provider-parent Communication When Discussing Vaccines: A Systematic Review. Connors JT et al. J Pediatr Nurs. 2017 Mar - Apr; 33:10-15	38	R-AMSTAR 27/44 61,4%	Etats Unis	Revue de littérature	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Pratiques de communication reconnue efficaces	Non Communiqué 9 articles	Aucun conflit déclaré
Provider-reported acceptance and use of the Centers for Disease Control and Prevention messages and materials to support HPV vaccine recommendation for adolescent males. Scherr CL et al Vaccine. 2016 Jul 29;34(35):4229-4234	33	CASP 18/30 60%	Etats Unis	Etude descriptive par questionnaire et qualitative par questions ouvertes.	HPV	Fille de 9-26 ans	Appréciation et utilisation du site internet du CDC incluant messages d'aide à la recommandation de la vaccination	355 pédiatres et MG	Aucun conflit déclaré - 25\$
Quality of physician communication about human papillomavirus vaccine: findings from a national survey. Gilkey MB et al Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Nov;24(11):1673-9	32	STROBE 16/22 72,7%	Etats Unis	Etude transversale	HPV	Fille et garçon de 11-12 ans	Evaluation de la recommandation anti HPV - CJP = Qualité de la recommandation : Ponctualité / Contenu / Immédiateté / Force de la reco - CJS = contexte et pratique	776 médecins : 410 pédiatres (35,3%) 366 MG (30,3%).	Consultant et subventions de +/- Pfizer, GSK, et Merck - 25 à 45\$
The C.A.S.E. approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. Jacobson RM et al Minn Med. 2013 Apr;96(4):49-50	50	-	Etats Unis	Article d'experts	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Stratégie de communication : CASE approach	-	Non Communiqué
The content and context of physicians' communication with males about human papillomavirus vaccination. Malo TL et al Hum Vaccin Immunother. 2016 Jun 2;12(6):1511-8	56	STROBE 15/22 68,1%	Etats Unis	Etude transversale	HPV	Garçon de 9-26 ans	Contenu et contexte de la communication sur la vaccination anti HPV pour les garçons	355 pédiatres et MG	Consultante + subvention de Merck - 25\$
The role of parental attitudes and provider discussions in uptake of adolescent vaccines. Rickert VI et al Vaccine. 2015 Jan 29;33(5):642-7	46	STROBE 18/22 81,8%	Etats Unis	Etude transversale	Vaccins de routine	Enfant de 13-17 ans	Relation entre attitude et croyances parentales, nombre de discussion autour de la vaccination et variables/résultats sur l'immunisation.	501 parents	Financement étude par Pfizer - 80\$
Référence bibliographiques = 8									
Announcements Versus Conversations to Improve HPV Vaccination Coverage: A Randomized Trial Brewer NT, et al Pediatrics. 2017 Jan;139(1)	47	JADAD modifié 4/5 80%	Etats Unis	Essai contrôlé randomisé	HPV	Fille et garçon de 11-12 ans	Type d'introduction de la discussion Evaluation de la modification de l'initiation de la vaccination à 6 mois. Evaluation à 3mois, sur vaccination complète HPV et rappels des vaccinations Tdap et méningocoque.	29 cliniques de soins primaires. Nombre de professionnels de santé non communiqué	Consultante + subvention de Pfizer/ GSK - 800\$ cliniques 200\$ médecins
Collaborative patient-provider communication and uptake of adolescent vaccines. Moss JL et al Soc Sci Med. 2016 Jun;159:100-7	30	STROBE 20/22 90,9%	Etats Unis	Etude transversale	Vaccins de routine détaillés : DTP, méningo, HPV	Enfant de 13-17 ans	Evaluation des recommandations (présence / type de conversation), comparées aux taux de vaccination vérifiés Type de conversation : - informatif = échange et délibération. - participatif = échange, délibération et décision. - efficient = échange et décision.	9194 parents, échantillon représentatif de 19257 parents dans l'étude initiale	Consultant + subvention de Merck, GSK - non communiqué

Titre, auteurs, publication.	Réf. biblio	Evaluation méthodologique	Pays	Type d'étude	Vaccin(s) étudié(s)	Population cible du vaccin	Type de communication / intervention / critères de jugement	Participants (% des contactés) / nb articles pour RL	Conflits d'intérêt / compensation financière
Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial. Dempsey AF et al. JAMA Pediatr. 5 mars 2018;e180016-e180016.	53	JADAD modifié 4/5 80%	Etats Unis	Essai contrôlé randomisé en grappe	Vaccin HPV + méningo et DTPcoq	Enfant de 11-17 ans	Evaluation d'une intervention de communication sur le vaccin anti HPV composée de 5 éléments. CJP = différence de la proportion d'initiation de la vaccination anti HPV au fil de l'étude CJS = différence proportion de rappel DTPcoq et méningocoque au fil de l'étude.	188 médecins 43132 adolescents	Consultant + comité consultatif - crédit formation
How do general practitioners persuade parents to vaccinate their children? A study using standardised scenarios. Leask J N S W Public Health Bull. 2009 Jul-Aug;20(7-8):119-24	51	CASP 21/32 65,6%	Australie	Analyse qualitative d'entretiens	Vaccins de routine	2 cas : enfant de 7 sem + enfant de 4 ans	Evaluation stratégies de communication face à report et refus de la vaccination : stratégies persuasives, contenu et contexte.	11 MG (39,3%)	Non Communiqué
Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial. Henrikson NB et al Pediatrics. 2015 Jul;136(1):70-9	52	JADAD modifié 4/5 80%	Etats Unis	Essai contrôlé randomisé	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Entraînement de 45 minutes d'une stratégie de communication : « Ask, Acknowledge, Advise ». Evaluation PACV score à T0 et à 6 mois + Evaluation effet sur la confiance des médecins en leur communication	47 cliniques (55,3%) 211 médecins (44,2%) 347 mères (71,1%)	Aucun conflit déclaré - non communiqué
Provider communication and HPV vaccination: The impact of recommendation quality. Gilkey MB et al Vaccine. 2016 Feb 24;34(9):1187-92	31	STROBE 20/22 90,9%	Etats Unis	Etude transversale	HPV	Fille et garçon de 11-17 ans	CJP = Qualité de la recommandation (force, message, immédiateté) CJS = évaluation impact = status vaccinal (initiation, rappels), refus et report de vaccination	1495 parents (52,5%)	Subvention de Merck, GSK, Pfizer - ordinateur + accès internet, ou participation financière
The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. Opel DJ et al. Pediatrics. 2013 Dec;132(6):1037-1046	40	CASP 23/30 76,6% STROBE 20/22 90,9%	Etats Unis	Analyse qualitative d'enregistrements vidéo + Etude quantitative transversale	Vaccins de routine	Enfant de 1-19 mois	Pratiques de communication associées à la résistance à la vaccination	16 professionnels de santé en pédiatrie (pédiatres ou infirmières) 111 parents	Aucun conflit déclaré - Carte cadeau : 300\$ médecins 205 patients
Use of standardized patients to examine physicians' communication strategies when addressing vaccine refusal: a pilot study. Bryant KA et al Vaccine. 2009 Jun 2;27(27):3616-9	43	CASP 22/32 68,8%	Etats Unis	Etude pilote : Evaluation quantitative et qualitative de patient-type	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Recommandation de la vaccination face à une patiente fictive : femme enceinte (T3) de son 1er enfant, opposée à la vaccination	7 pédiatres (16%) et 2 médecins généralistes (3%)	Subvention de Merck - non communiqué
Infovac = 1									
Vaccination - attitudes et pratiques des médecins généralistes. DRESS. Collange et al. www.infovac.fr, Mars 2015, n° 910	41	STROBE 14/22 63,6%	France	Etude transversale	Vaccins de routine + HPV	Enfant de soins primaires	Evaluation attitudes et pratiques.	1582 MG (92%)	Aucun conflit déclaré - non communiqué
Sudoc = 2									

Titre, auteurs, publication.	Réf. biblio	Evaluation méthodologique	Pays	Type d'étude	Vaccin(s) étudié(s)	Population cible du vaccin	Type de communication / intervention / critères de jugement	Participants (% des contactés) / nb articles pour RL	Conflits d'intérêt / compensation financière
Réaction et communication des médecins généralistes en Ile-de-France face à des parents s'opposant aux vaccins pour leur enfant. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. SEGOND Victoire Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine	39	CASP 28/32 87,5%	France	Analyse qualitative d'entretiens semi dirigés	Vaccins de routine détaillés	Enfant de soins primaires	Réactions et moyens de communication face à parents réticence à la vaccination	15 MG thésés exerçant en Ile de France	Aucun conflit déclaré – non communiqué
Communication autour de la vaccination avec des parents opposants. CANCEL Carolyne Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine	36	R-AMSTAR 13/44 29,5%	France	Revue de littérature	Vaccins de routine détaillés	Enfant de soins primaires	Causes et moyens de communication appropriés face aux parents opposants à la vaccination	32 articles dont 20 sur communication	Non Communiqué
BDSP = 2									
L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique. Deuxième partie : vers une amélioration de nos pratiques vaccinales. GRALL et al. John Libbey (eurotext) 2017 sept 01;13(7):308-311.	45	-	France	Article d'experts	Vaccins de routine	Enfant de soins primaires	Pistes pour améliorer les pratiques de communication face à l'hésitation vaccinale	-	Aucun conflit déclaré
La revue du praticien = 1									
Vaccination des adolescents. PICHEROT G. La Revue du Praticien – Médecine Générale. 2011 sept 09;865:546-7.	55	-	France	Article d'experts	Vaccins de routine détaillés	Enfant de 11-18 ans	Stratégies pour favoriser vaccination.	-	Aucun conflit déclaré

Titre, auteurs, publication.	Principaux résultats
Pubmed = 15	
<p>"Communicate to vaccinate": the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. Willis N et al BMC Int Health Hum Rights. 2013 May 11;13:23</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inform et éduquer : bénéfices et importance de la vaccination, lutter contre la désinformation et le manque de connaissance - Rappel : nouvelle éligibilité / rappel, à l'aide d'outils, calendrier vaccinal, système de rappel informatique - Compétences éducatives : formation des parents (stress/douleur et effets secondaires) et des professionnels (connaissances/communication) - Fournir des supports : assistance et conseils, questionnement préalables, récapitulatif et références - Faciliter la prise de décision : outils basés sur les preuves : uniquement informatif ou large objectif
<p>Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. Leask J et al BMC Pediatr. 2012 Sep 21;12:154</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer du consentement favorisé par la relation et l'échange - Règles universelles: temps, écoute, langage du corps, éviter minimisation, empathie, préoccupations/motivations. - Contenu du discours : info bénéfice-risques vaccination et non-vaccination + Ellr. Adapté à l'individu, info scientifiques (%), concis, à jours), ressources appropriées (outils, sites internet, où s'adresser), susciter questions scientifiques au préalable - Approche sur mesure : Entretien Motivationnel = comprendre le processus de changement, évaluer le stade, adapter la communication - Stratégies et suggestion de dialogues en fonction attitude des parents
<p>Communication challenges of HPV vaccination. Brown EC et al Fam Pract. 2010 Apr;22(2):224-9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer : aider à faire choix. - Consentement : place de l'adolescent, majorité des médecins = accord de l'adolescent suffisant > principe de Gillick. - Gérer le conflit parents-adolescent : appréhension que désaccord, encourager adolescent à discuter avec parents. - Difficultés liées à l'HPV : parler sexualité, désinformation utilité vaccin vs inocuité HPV. Préoccupations de l'introduction dans le programme national
<p>How to communicate with vaccine-hesitant parents. Healy CM et al Pediatrics. 2011 May;127 Suppl 1:S127-33</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre préoccupations des parents, y répondre selon attitude parentale - 5 groupes de parents selon Halperin et al.: 3 disposés aux changements = non informés et éducatibles, désinformés mais corrigibles, instruits et ouverts d'esprit; 2 non disposés aux changements = convaincus et satisfaits, engagés et missionnaires. - Multitude des sources d'information contradictoires : peur de nuire en vaccinant > peur des maladies à prévention vaccinale. - Admettre effets secondaires (minimes et limités), contre argumenter avec bénéfices - Argumentaire sur l'innocuité de la vaccination ROR par rapport à l'autisme - Report vaccination = situation de vulnérabilité et ne doit surtout pas substituer communication et éducation ciblée.
<p>Human papillomavirus vaccine series completion: Qualitative information from providers within an integrated healthcare organization. Hudson SM et al Vaccine. 2016 Jun 24;34(30):3515-21</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Communication : principale différence entre les PdS des centres les + performants, et ceux des centres les - performants. - + performants = solliciter questions et provoquer réponses (32% vs 20%), attention et engagement (52% vs 34%). attention au non verbal (expression faciale, langage corporel), abord sexualité facile et résultats positifs. - implication du langage, de la culture et de la relation - responsabilité = « mettre l'accent sur l'importance du schéma complet de vaccination » relève de leur responsabilité - performants = réactivité lors réticence, conversation difficile lors abord sexualité, barrières de la langue et éducationnelles. - vision limitée de leur rôle, juste « facilitateur » - Environnement proV : « habituel », groupe de travail avec l'ensemble du département + collaboration vs binôme. - Ressources: rappels suivants mentionnés à chaque fins de consults, instructions pour suivre CV, discussion même si peu de temps, RDV à l'avance pour les rappels.
<p>Improving Physician Recommendations for Human Papillomavirus Vaccination: The Role of Professional Organizations. Hswen Y et al Sex Transm Dis. 2017 Jan;44(1):42-47</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de la position de l'OP ainsi que V° fortement préconisée = majoration d'1/3 fréquence des discussions, fréquence et force de la recommandation - Meilleure recommandation : position des OP connue (57% vs 24% pour les garçons, 54% vs 27% pour les filles) et message reçu de fortement recommander la vaccination (54% vs 26% et 52% vs 25%). - Mais manque de communication des OP : 65% des MG et 85% des pédiatres déclarent ne pas connaître position sur la vaccination, seulement 1/2 MG reçoivent info de l'AAFP, 2/3 des pédiatres reçoivent informations de l'AAP 52% = informations auprès des laboratoires pharmaceutiques, 1/3 des MG et 1/2 des pédiatres informés par les OP déclarent aucune influence
<p>Improving Provider Communication about HPV Vaccines for Vaccine-Hesitant Parents Through the Use of Motivational Interviewing. Reno JE. Et al. Journal of Health Communication, 00: 1-8, 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation = 72 à 90% / « utile » et « très utile » pour résoudre l'ambivalence des parents = 88% - Gain de temps = avec parents habituels, similaire avec les parents réticents - Gain de confiance = 53% avant vs 67% après (p=0,08) en désaccord avec « Je ne peux rien faire face à des parents qui veulent reporter la V° » - Focus groupes : avis favorable, utile, volonté de poursuivre l'utilisation. - points positifs : + utile des outils pour la conversation avec des parents réticents / brèves stratégies (« micro-compétences » et « élicite, provide, élicite ») permet d'éviter la défensive ou la résistance des parents / discussion + personnalisée et collaborative et écoute active / citer ses propres expériences / association possible de l'EM à d'autres outils. - points négatifs : manque de temps pour utilisation optimale / difficulté d'intégration à la discussion / besoin de prioriser les autres problèmes de santé / non approprié à nouveau patient - Exemple de diverses stratégies et compétences en EM
<p>Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. Ames HM et al Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 7;2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Timing : avant la naissance (fatigue et disponibilité) (b), avant chaque RdV (m), difficulté de mémoire quand enfant turbulent (m) - A disposition : ressources accessibles et sûres (h), aide des professionnels pour localiser (h) - Quantité : en général adéquate (h), peut avoir effet inverse sur acceptation V° (b) - Sources : difficile de définir impartialité et en lesquelles croire (h), accessibles hors contexte médical et discutables avec tierce personne (h), manière de recevoir info liée à son acceptation (h), contrariété si attentées non respectées : temps passé, réponse claires et adaptée, discussion ouvertes, PdS aidant et réceptif (h) source importante = PDS (h) / média de masse (m) - jugement et pression = inconfort et influence attitudes (m), financements et motivation financière des PDS (m), confiance envers sources liée à attitude envers V° (m) parfois inconfortables de demander info à PdS (m) carte de V° potentielle sources d'info mais pas toujours lisible et compréhensible (m) - confiance en PdS et ses info inversement liée à croyance en info extérieure (b) rappels et informations électroniques plébiscités parfois (b) sources scientifiques plus souhaitables surtout si objective et non gouvernementales, mais possible conflit d'intérêt (b) - Contenu : veut info avec balance B/R (h) + spécifique : combiné vs seul, production, CV, agenda, composants et sécurité, MPV, Ellr (h) - langage clair et adapté à leur situation augmente compréhension et améliore contenu (m) désinformation provient parfois de PDS (m) - variété de présentation nécessaire (b) - Relation entre information et décision de vaccination : V° = norme culturelle et sociale (h), V° acceptée mais info reçue adéquate (m), parfois incertain, regret, contrariété de leur choix (h), confiance envers PdS, aidant et recommandent V° (m)

Titre, auteurs, publication.	Principaux résultats
Parents' perceptions of provider communication regarding adolescent vaccines. Dempsey AF et al Hum Vaccin Immunother. 2016 Jun 2;12(6):1469-75	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie : poster/prospectus(75%), rappel automatique (sms, mails) (19% rappel à 30% éligibilité), encouragement à consulter site internet (50%). - Attitude non optimale : initiation discussion par le médecin dans 70% des cas, pas d'initiation dans 20% - Recommandation HPV différente : pas fortement recommandé, besoin de + d'informations (56%). 3 médecins opposés. - Communication : utilisation du VIS (60%), outils d'autres ressources ou écrits (25%), favorables à outils complémentaires (site internet 87%, fiche « les pous et les contres » 63%, fiches « questions fréquentes » 58%). Très forte recommandation favorise attitude : nécessité immédiate (+26%) et à long terme (+15%), sécurité (+21%), l'efficacité (+11%), intention (+22%) et vaccination (+32%)
Provider-parent Communication When Discussing Vaccines: A Systematic Review. Connors JT et al. J Pediatr Nurs. 2017 Mar - Apr; 33:10-15	<ul style="list-style-type: none"> - Pratiques : information adaptée, outil de dépistage, respect et empathie des préoccupations, rétablir confiance, flexibilité avec décision, poursuivre recommandation malgré résistance, approche participative associée à + de résistance que approche présomptive (83% vs 26% p<0,001), temps, acquérir compétences en communication. - Messages attendus : bénéfices-risques, pour et contre, sécurité/ sources fiables, nécessité/expliciter maladie, identifier préoccupations au préalable, les discuter et proposer réponses adéquates - Stratégies : informer que multiples injections plus douloureux, investir parents dans l'injection (tenir l'enfant)
Provider-reported acceptance and use of the Centers for Disease Control and Prevention messages and materials to support HPV vaccine recommendation for adolescent males. Scherr CL et al Vaccine. 2016 Jul 29;34(35):4229-4234	<ul style="list-style-type: none"> - 57,9% connaissent le site du CDC dédié au vaccin anti HPV, 55,3% connaissant la fiche de messages, environ 90% favorables à utilisation - avis divergent sur contenu, précision des détails, adhésion des parents notamment pour la vaccination du garçon, doute personnel de certain médecin - organisations professionnelles citées comme sources d'information de préférences
Quality of physician communication about human papillomavirus vaccine: findings from a national survey. Gilkey MB et al Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Nov;24(11):1673-9	<ul style="list-style-type: none"> - Environ 1/2 avec bon score : 5 = 22%, 4 = 24% / recommandation fragile sur contenu (59%) + immédiateté (50%) mais recommandation forte (73%), début à l'âge cible (61%\rightarrow-74%), stock de vaccin (90%), accordent importance à intonation 84% (informatifs 76%, non jugeant 44%) - Bonne qualité associée à début de cs par éligibilité plutôt que informatif, suggestif (OR = 0,12 IC95 0,08-0,18, OR = 0,26 IC95 0,17-0,40), protection pour 3 maladies plutôt que 2 maladies ou cancer col seul (OR = 0,56 IC95 0,38-0,82, OR = 0,36 IC95 0,2-0,64) - Bonne qualité significativement – présente : perception que peu d'importance accordée à la vaccination HPV par parents OR = 0,60 (IC95 0,43-0,84), inconfort à parler MST OR = 0,45 (IC95 0,31-0,65), chez MG, pour garçon, participation à peu de formation, absence de stock de vaccin dans le cabinet (OR = 0,47 IC95 0,28-0,80)).
The C.A.S.E. approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. Jacobson RM et al Minn Med. 2013 Apr;96(4):49-50	<ul style="list-style-type: none"> - Corroborate : Reconnaître préoccupation / About me : rôle d'expert, établir confiance, référence à articles lus et à expérience propre / Science : explication scientifiques, rapport aux préoccupations / Explanation, advise : discussion autour importance de la vaccination - Guide pour l'entretien avec démarche adaptée au consentement sans négliger les préoccupations
The content and context of physicians' communication with males about human papillomavirus vaccination. Malo TL et al Hum Vaccin Immunother. 2016 Jun 2;12(6):1511-8	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination à l'âge recommandé (11-12) : 29,9%. Absence de recommandation : 20,9%. - Contenu : Présentation HPV moins fortement que DTP (57,3%), aussi fortement 41,2% / abord protection contre cancer, MST, vaccination avant 1ers rapports, efficacité et sécurité > 64%. Insistence sur cancer col et MST 76,1%, peu sur protection contre cancer anal + penis (22,5%). Abord protection chez le partenaire contre condylome 41,1%, contre cancer 22,5% - Contexte : vaccination abordée lors certificat scolaire 70,1%, routine et pathologie aiguë 68,2%, sport 66,2% > opportunités manquées
The role of parental attitudes and provider discussions in uptake of adolescent vaccines. Rickert VI et al Vaccine. 2015 Jan 29;33(5):642-7	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de discussion : aucune discussion (20,9%), 1 discussion(19,5%), 3 discussions en moyenne. - Augmentation significative du nombre de discussion avec niveau attitudes, connaissance du calendrier vaccinal et V^o à jour, en fonction éducation et race des parents. - Après analyse sur niveau de vaccination/âge de l'ado/éducation, revenu et origine maternels – pour chaque discussion supplémentaire, augmentation de 1,24 (OR=1,24 IC95 1,11-1,39) des chances de recevoir tous les vaccins recommandés. - Attitude des parents envers vaccination : favorable associée à meilleur taux de vaccination comparé à attitude défavorable 23.02 (95% CI = 11.27, 46.99). - Niveau attitude (28fois + de chance), connaissance du CV et éducation maternelle significativement associés à meilleur taux de vaccination à jour. - Analyse finale sur l'ensemble des variables : nombre de discussion non significatif sur taux de vaccination mais semble avoir impact sur attitudes parents / compréhension et connaissance vaccination - Inclure adolescent dans discussion = meilleure couverture vaccinale
Référence bibliographiques = 8	
Announcements Versus Conversations to Improve HPV Vaccination Coverage: A Randomized Trial Brewer NT, et al Pediatrics. 2017 Jan;139(1)	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation d'1h sur initiation de type formelle : augmentation significative de l'initiation à 3 et 6 mois pour le bras « annonce » par rapport à groupe contrôle (5,1% IC95 2,0-8,2; 5,4% IC95 1,1-9,7 = 37 patients), similaire selon le sexe de l'adolescent - Pas de différence significative pour bras « discussion », pour enfant de 13 à 17 ans, pour complète vaccination HPV ou pour rappels des autres vaccins. - Contenu de l'entraînement « annonce » : mentionne âge de l'enfant et annonce qu'enfant éligible à cet âge pour vaccination puis prévoit vaccination / option = lève préoccupations avec CASE approach, recommande vaccination le même jour, au pire convoque dans 2 mois - Contenu de l'entraînement « discussion » : débute par évocation et explication de la vaccination, lève les préoccupations, recommande la vaccination, et la prévoit / option = convoque dans 2 mois.
Collaborative patient-provider communication and uptake of adolescent vaccines. Moss JL et al. Soc Sci Med. 2016 Jun;159:100-7	<ul style="list-style-type: none"> - Communication + centrée sur PdS (« efficiente ») : taux de vaccination + élevé : OR = 3,84 (IC95 1,63-9,04) pour méningo et OR =31,45 (IC 10,6-93,34) pour HPV. - Communication centrée sur le patient : pas associé à nombre + important d'adolescents vaccinés : « informative » OR = 1,78 (IC95 1,33-2,39) et « partagée » OR = 3,29 (IC95 2,74-3,94) pour méningo, OR = 1,81 (IC95 1,27-2,58) et OR = 8,61 (IC95 6,25-11,86) pour HPV. - Efficacité de la communication : Communication participative plus efficace qu'informatives sur méningo, participative et efficiente plus efficace qu'informatives sur HPV, aucune différence concernant DTP. Augmentation absolue de 9% du taux de vaccin anti DTP, 23% du taux de vaccin anti méningocoque et 39% du taux de vaccin anti d'HPV lors recommandation de la vaccination par médecin - Pratiques : communication plus employée participative (43% pour DTP, 38% pour méningo, 49% pour HPV) et informative (12%,9%,16%). Défaut de recommandations sur rappel pour 1/3 : DTP (35%), méningo (46%), HPV (31%).

Titre, auteurs, publication.	Principaux résultats
<p>Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial. Dempsey AF et al. JAMA Pediatr. 5 mars 2018;e180016-e180016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Majoration significative de l'initiation de la vaccination dans les deux groupes, mais plus importante dans le bras intervention +11,3% contre +1,8% dans le bras contrôle : OR ajustés 1,46 pour l'initiation et 1,56 pour la finalisation du schéma complet de vaccination. - Diminution significative de la finalisation du schéma complet pour le bras contrôle (73,6% > 72,4%) - Après analyses : Effet plus important dans les cabinets de pédiatrie, cabinets privés et chez les patients avec assurance privée. Pas de différence sur les tranches d'âge ni sur le sexe - Clé : Diminution des opportunités manquées lors des consultations de bonne santé dans le bras intervention. - Augmentation minime des taux de rappel méningocoque et diminution minime du taux de rappel DT'Pcoq sans différence significative entre les deux bras. - Utilisation générale de 26 à 90% : prédominante des « techniques de communication » et « documentation », poursuite de l'utilisation envisagée par respectivement 91% et 98% des médecins.
<p>How do general practitioners persuade parents to vaccinate their children? A study using standardised scenarios. Leask J N S W Public Health Bull. 2009 Jul-Aug;20(7-8):119-24</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Face à report vaccination : stratégie du « oui, mais », argument de parentalité personnelle, interrogation sur origine préoccupations, se mettre d'accord puis débiter le changement, jouer sur subtilité « pas d'endommagement du système immunitaire, mais stimulation », discréditer sources d'information, comparaison risque vaccination / non vaccination, admettre et énumérer effets secondaires / apporter solution pour les diminuer. - Face à refus vaccination : proposition d'info écrites / prolonger discussion, refus de signer fiche d'objection de conscience, ping pong scientifique, obligation sociale, soumettre scénarios hypothétique de contagion, évaluer capacité à changement, « porte reste ouverte », déterminer fermeté et/ou doute décision, orienter vers sources d'info fiables - Trans-théorique model of behavior change = 3 niveaux : ne pas en parler / apporter info / action immédiate - Forte persuasion peut être contreproductive, envisager EM et discussion partagée, maintenir relation.
<p>Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial. Henrikson NB et al Pediatrics. 2015 Jul;136(1):70-9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Ask » : solliciter questions et préoccupations, « acknowledge » : consolider communication par le respect et l'empathie des préoccupations, « advise » : recommandation de la vaccination et éducation sur les bénéfices-risques, clôture de la consultation sur accord mutuel - PACV score = outil reconnu pour la quantification de la résistance à la vaccination, hésitation si score >50 - Diminution similaire du score PACV dans les 2 groupes majoritairement dans les tranches PACV 30-49 et 50-59. PACV 50-100 (-4,6% dans groupe contrôle et -2,3% dans groupe intervention) vs majoration PACV 0-29 (+9,2% dans groupe contrôle et +5,2% dans groupe intervention) sans différence significative. - Confiance : parler des risques (58-70%), donner information (69-81%), répondre aux questions (54-69%). Pas d'effet de l'intervention sur la confiance envers leur communication (pas de données). - Hypothèses : discussion suffisante pour modifier PACV. Mise en place simultanée d'une importante campagne publicitaire + obligation vaccinale.
<p>Provider communication and HPV vaccination: The impact of recommendation quality. Gilkey MB et al Vaccine. 2016 Feb 24;34(9):1187-92</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandation dans 52% des cas dont bonne qualité (score 2-3) 36%, mauvaise qualité (score 0-1) 16% > 1/2 seulement reçoivent recommandation = 86% message lutte contre le cancer, 63% importance vaccination, 41% vaccination le jour même. - Bonne qualité - fréquente et absence de recommandation + fréquente : chez garçon que fille, chez jeune public 11-12 que chez ado 13-17 - Bonne qualité de la recommandation associée à 9fois + de chance initiation vaccination : OR = 9,31 (IC95 7,10-12,22), à achèvement du schéma complet de vaccination OR = 3,82 (IC95 2,39-6,11), à moins de report + diminution de moitié risque de refus OR = 0,52 (IC95 0,38-0,72), avec seulement force de reco associée - Mauvaise qualité à 4fois + de chance OR = 4,13 (IC95 2,99-5,70), s'approche mais ne s'achève pas par suivi et achèvement complet, égale sur toutes populations - Indépendamment de qualité, recommandation + efficace sur initiation que absence de recommandation. - Forte recommandation significativement associée à l'initiation de la vaccination OR = 2,58 (IC95 1,86-3,56) - Forte recommandation et message préventif associés à achèvement du schéma complet de la vaccination avec respectivement OR = 1,81 (IC95 1,20-2,74) et OR = 1,98 (IC95 1,09-3,59).
<p>The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. Opel DJ et al. Pediatrics. 2013 Dec;132(6):1037-1046</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Majorité des médecins ne sollicite pas explicitement questions et préoccupations des parents (62%) mais discutent la rationalité et potentialité des effets secondaires (55%) de façon similaire entre parents réticents ou non, au cours d'une 1e consultation ou non. - Initiation conversation par médecin dans 84%, de façon présomptive dans 74% des cas - initiation présomptive entraîne acceptation dans 74% des cas, participative entraîne résistance dans 83% des cas > quand médecin utilise format participatif plus de parents résistent tous parents confondus et parents hésitant (83% vs 26% et 89% vs 30%, p<0,001). - Initiation participative est associée à augmentation significative de l'OR de résistance des parents (odds ratio: 14,2; 95% confidence interval: 4,9-41,0) sans différence en fonction du status de reticence, ni caractéristiques démographique ni de la consultation (adjusted odds ratio: 17,5; 95% confidence interval: 1,2-253,5). - 1/2 des médecins poursuivent recommandation originale sans différence significative entre réticents ou non mais poursuite prédominante quand parents ressentent avec objection explicite comparée à implicite (80% vs 17%; P, .001). - Malgré résistance initiale, 47% acceptent finalement recommandation du médecin immédiatement après la poursuite de la recommandation : 27% des réticents et 75% des non réticents
<p>Use of standardized patients to examine physicians' communication strategies when addressing vaccine refusal: a pilot study. Bryant KA et al Vaccine. 2009 Jun 2;27(27):3616-9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégies : écoute, termes compréhensibles, maintien regard, temps passé, pas de posture paternaliste, questions ouvertes - Ressenti plutôt positif : passionné, affirme croyance en vaccination, intérêt pour préoccupation, informations sans avis personnel - Négatif : difficulté à expliquer vaccination, pas attentif ni intéressé par opinion opposée. - Enregistrements (x4) : pas de refus de soins malgré opposition, 3 abordent bénéfices-risques, 2 opposent preuves scientifiques, 2 proposent report vaccination, 2 donnent informations erronées - limites ++
<p>Infovac = 1</p>	
<p>Vaccination - attitudes et pratiques des médecins généralistes. DRESS, Collange et al. www.infovac.fr, Mars 2015, n° 910</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance envers sources d'information : peu pour les médias (6%), importante pour les sources officielles (80-90%) (ministère de la santé, agences sanitaires, sources scientifiques, collèges spécialisés) dont 53% les estiment influencer par industrie pharmaceutique, 29% confiance qu'à leur propre jugement. - Sentiment d'auto-efficacité variable pour donner des explications : intérêt 96%, sécurité 81%, défaut concernant les adjuvants 43%. Manque d'informations véritable Facteurs favorisant = confiance en soi + aptitudes professionnelles - Fréquence de la recommandation de la vaccination : selon vaccin et population cible. confiants envers vaccination (76%) - Moins élevée si médecine douce -1,7 IC95[-2,2;-1,1], défaut de vaccination des propres enfants -1,9 IC95[-2,3;-1,5], méfiance envers utilité -0,7 [-0,8;-0,6] et sécurité vaccin -0,2 [-0,2;-0,1] - Plus élevées si confiance envers capacité et sources d'informations pour données fiables 0,2 [0,1;0,3], confrontation ultérieures à maladie à prévention vaccinale 0,3 [0,1;0,4], femme 0,7 IC95[0,4;1,1] - Intérêt pour outils de communication : argumentaires bénéfices-risques, carnet de vaccination électronique
<p>Sudoc = 2</p>	

Titre, auteurs, publication.	Principaux résultats
<p>Réaction et communication des médecins généralistes en Ile-de-France face à des parents s'opposant aux vaccins pour leur enfant. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. SECONDE Victoire Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sources d'informations : revues 6/15, internet 12/15, formation 3/15, collègues 4/15. - <u>Argumentaire</u> pour préoccupations principales : effets secondaires, maladie inoffensive, enfant non à risque, théorie du complot - <u>Réactions en consultation</u> : ouverture à échange, discours paternaliste dont conviction et culpabilisation personnelle, temps de réflexion, obligation légale comme argument ultime, responsabilité des parents face à leur décision ATTITUDES GLOBALES - <u>Report</u> - <u>Identification types parentaux</u> majoritairement « inconsciente » - <u>Adaptation du discours</u> (10/15) - face à réticence > discours agressif (1/15), attitude ouverte (2/15), renonciation (3/15), éviction famille (1/15) / face à scepticisme = (6/15) motivés à discussion. - <u>Pas d'adaptation du discours</u> 4/15 = discours semblables pour tous, pas d'arguments supplémentaires pour lever la réticence - <u>Motivation à convaincre</u> : 5/15 sentiment d'échec/frustration, 8/15 importance et confiance envers vaccination, 1/15 importance de la communication sur le long terme, 4/15 importance du libre des choix des parents in fine. - <u>Réticence</u> : 1/15
<p>Communication autour de la vaccination avec des parents opposants. CANCEL Carolyne Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine</p>	<ul style="list-style-type: none"> La communication face à l'opposition = - <u>Entretiens avec le médecin</u> : source d'information fiable et personne de confiance, respect des principes de base à la communication (termes compréhensibles, empathie et communication non verbale), impliquer le patient, décision conjointe, entretien motivationnel utile - <u>Contenu de la discussion</u> : reconnaître zones d'ombres/effets secondaires, argumenter. Aborder stress et la douleur de l'injection. Adapter discours - <u>Supports</u> : fiche détaillées, dépistage des préoccupations parentales, guide de discussion, supports informatiques pour des informations pédagogiques ou comme outils de rappel - Autres professionnels de santé : IDE (communautés, accès aux soins, personne de confiance) et plans de communication (programmes et médias).
<p>BDSP = 2</p>	
<p>L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique. Deuxième partie : vers une amélioration de nos pratiques vaccinales. GRALL et al. John Libbey (eurotext) 2017 sept 01:13(7):308-311.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Information sur bénéfices à titre individuel (parent) vs arguments à titre collectif (médecin) : possible obstacle à la prise de décision - Information « vraie » : pas de surestimation et information adaptée sur les peurs et attentes des parents - Pas de communication sur la peur : mécanismes d'évitement et de peur - Développer compétence émotionnelles : groupe Balint ou groupe de Pairs - <u>Réflexivité</u> : représentations / argumentaire / habilités communicationnelles et émotionnelles.
<p>La revue du praticien = 1</p>	
<p>Vaccination des adolescents. PICHÉROT G. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2011 sept 09;865:546-7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Avis favorable</u> : 95% des adolescents - <u>Rencontres médicales</u> : rares, dans l'urgence > favoriser la communication à chaque opportunité et prévoir stock de vaccins pour éviter la non observance d'une seconde consultation - <u>Carnet de santé</u> : principal outil de suivi et de communication

PACV score

No.	Parent Attitudes about Childhood Vaccines Survey Item	Response
1	Have you ever delayed having your child get a shot for reasons other than illness or allergy?	Yes/No/ Don't Know
2	Have you ever decided not to have your child get a shot for reasons other than illness or allergy?	
3	How sure are you that following the recommended shot schedule is a good idea for your child?	0-10 scale
4	Children get more shots than are good for them.	Strongly agree – Strongly disagree
5	I believe that many of the illnesses that shots prevent are severe.	
6	It is better for my child to develop immunity by getting sick than to get a shot.	
7	It is better for children to get fewer vaccines at the same time.	Not at all concerned – Very concerned
8	How concerned are you that your child might have a serious side effect from a shot?	
9	How concerned are you that any one of the childhood shots might not be safe?	
10	How concerned are you that a shot might not prevent the disease?	Yes/No/ Don't Know
11	If you had another infant today, would you want him/her to get all the recommended shots?	
12	Overall, how hesitant about childhood shots would you consider yourself to be?	Not at all hesitant – Very hesitant
13	I trust the information I receive about shots.	Strongly agree – Strongly disagree
14	I am able to openly discuss my concerns about shots with my child's doctor.	
15	All things considered, how much do you trust your child's doctor? <small>© Opel</small>	0-10 scale

3 : 0 (Not at all sure) to 10 (completely sure)

4-7, 13-14 : Strongly agree, / Agree / Not sure / Disagree / Strongly disagree

8-10 : Not at all concerned / Not too concerned / Not sure / Somewhat concerned / Very concerned

12 : Not at all hesitant / Not too hesitant / Not sure / Somewhat hesitant / Very hesitant

15 : 0 (Do not trust at all) to 10 (Completely trust)

PACV short scale

PACV Short Scale : 5 items

I trust the information I receive about shots.

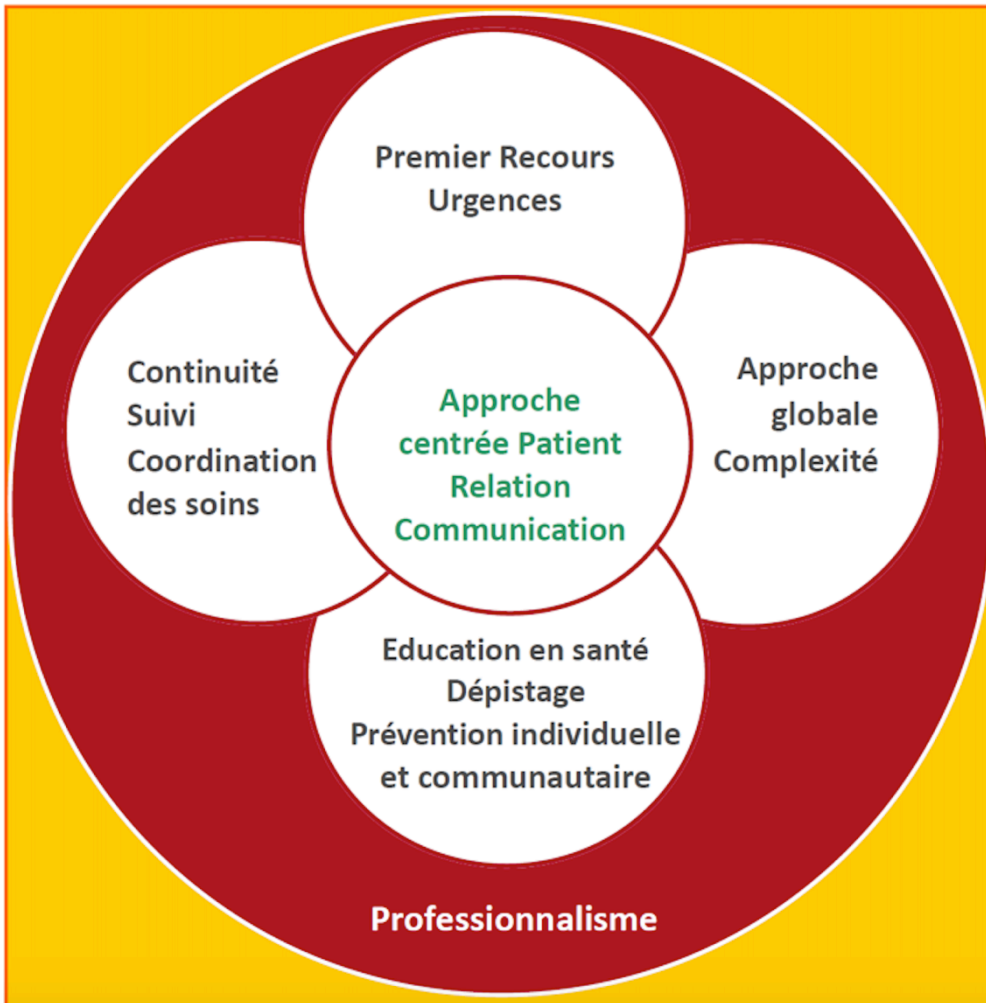
It is better for my child to develop immunity by getting sick than to get a shot.

It is better for children to get fewer shots at the same time.

Children get more shots than are good for them.

Overall, how hesitant about childhood shots would you consider yourself to be?

Marguerite des compétences



Liens utiles à la communication sur la vaccination

Informations pratiques

<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/article/informations-pratiques-sur-les-vaccins-et-la-vaccination>

Dépliant_"Vaccination: êtes-vous à jour?"

https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-04/Dépliant_SEV%20numerique_0.pdf

Documents pour les parents

https://www.infovac.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=647:hesitation-vaccinale&catid=37&highlight=Wyj2YWNjaW5hdGlvbijd&Itemid=667

Dossier information destiné aux parents

<file:///Users/lylou/Zotero/storage/QRPAL6E7/vaccins-et-vaccinations.html>

E-learning pour les professionnels de santé

<http://www.cres-paca.org/a/491/vaccination-un-elearning-pour-les-professionnels-de-sante/>

Emission de radio

<https://www.franceculture.fr/emissions/la-conversation-scientifique/sommes-nous-tous-egaux-face-la-vaccination>

Plaidoyer en faveur de la vaccination

<http://advocacy.vaccineswork.org/commencer/plaider-en-faveur-dun-engagement-pour-la-vaccination/>

Guide à l'intention des médecins

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html>

Conférence interactive

<https://www.fmoq.org/formation/programmes-valides/communication-efficace-en-vaccination-vph/>

Formation destinée aux professionnels de santé nationaux et internationaux impliquée dans les campagnes de vaccination (OMS, UNICEF)

<https://agora.unicef.org/course/info.php?id=2433>

Livres

- L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. Miller WR, Rollnick S. 2e édition. Paris: Inter Éditions, DL 2013, cop. 2013.
- La communication professionnelle en santé. Richard C. 2e édition, 2016.

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 ET MOTS CLES

L'opposition actuelle à la vaccination contribue au défaut de couverture vaccinale et à la recrudescence de maladie, comme la rougeole. Le médecin généraliste a un rôle essentiel face à cela.

L'objectif de notre travail est de réaliser une revue de littérature afin d'identifier les moyens de communication sur la vaccination de l'enfant à disposition des professionnels de santé en consultation.

28 articles ont été inclus par l'intermédiaire des bases de données Pubmed, Cochrane et BDSP et une littérature grise. La communication favorise la vaccination et est influencée par des facteurs propres aux médecins comme leurs perceptions ou appréhensions.

Les médecins peuvent s'appuyer sur des outils de mesure de la réticence (PACV score) ou de stratégie d'entretien (CASE approach). Une majoration des chances d'initiation est associée à une « recommandation » complète ainsi qu'à une approche paternaliste. Cette dernière, démontrée par 3 études de bonne qualité mais comportant des biais, est en contradiction avec l'approche centrée sur le patient (ACP) recommandée par le monde médical.

De plus, l'ACP, déjà mise en pratique par de nombreux médecins, est plébiscitée et appréciée des patients. Elle doit toutefois encore faire ses preuves dans le domaine de la vaccination. L'entretien motivationnel, pour lequel une formation de deux heures majore significativement le taux d'initiation de la vaccination anti HPV, est reconnu et établi comme outil de choix pour une ACP et pour un accompagnement du patient vers le changement.

Enfin, la disponibilité d'un stock de vaccins et l'abondance de la vaccination en anténatal sont des pistes pour la pratique immédiate et des travaux futurs.

Mots clés : médecine générale, vaccination, enfant, communication, moyens de communication, revue de littérature, santé publique.