HAL
open science

La place de la vaccination contre le zona en médecine générale : facteurs favorisant et limitant sa prescription

Marine Furnon

To cite this version:

Marine Furnon. La place de la vaccination contre le zona en médecine générale : facteurs favorisant et limitant sa prescription. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02966673

HAL Id: dumas-02966673

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02966673

Submitted on 14 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

Marine FURNON

Le 8 Novembre 2018

La place de la vaccination contre le zona en médecine générale : facteurs favorisant et limitant sa prescription

Directeur de thèse : Pr BLAIN Hubert

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Pr BLAIN Hubert
Pr LE MOING Vincent
Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine FURNON

Le 8 Novembre 2018

La place de la vaccination contre le zona en médecine générale : facteurs favorisant et limitant sa prescription

Directeur de thèse : Pr BLAIN Hubert

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Pr BLAIN Hubert
Pr LE MOING Vincent
Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

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
BALMES Jean-Louis
BALMES 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 1re 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 Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - **Médecine générale**

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - **Médecine Générale**

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - **Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re 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 2ème 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

1 Remerciements

A mes maîtres

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,
Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse, de votre disponibilité et de votre implication dans la formation des internes de médecine générale. Je vous prie de recevoir l'expression de mon profond respect et ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Vincent LE MOING,
Merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse et de votre disponibilité. Permettez-moi de vous exprimer ma plus grande reconnaissance et mon plus profond respect.

Madame, le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS,
Je vous prie de recevoir toute ma gratitude pour l'honneur que vous faîtes de juger mon travail et pour votre implication au sein du département de médecine générale.

Monsieur le Professeur Hubert BLAIN,
Merci de m'avoir aidé à trouver ce sujet de thèse et de l'avoir dirigé tout au long de cette année. Merci de vos conseils avisés, vous m'avez beaucoup appris. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet.
Je vous prie de recevoir toute ma gratitude pour l'honneur que vous me faîtes de faire partie de ce jury.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai eu la chance de côtoyer lors de mon internat,

Un immense merci à tous les médecins ayant participé à ce travail de thèse. Merci pour votre disponibilité, votre confiance, votre accueil. Sans vous, ce travail de thèse n'aurait pas été le même.

Merci à l'équipe du **MIG 2 de Perpignan**, merci pour votre disponibilité, votre bonne humeur, et surtout votre tolérance en ce premier semestre d'internat. Je garde en souvenir quelques fou rires. **Martin et Agathe**, à nos premiers pas dans la cour des grands, nos vendredis matin difficiles avec les perfusions accrochées à nos bras.

Merci à l'équipe des **Urgences/Samu de Perpignan**, merci de votre soutien et de votre bonne humeur lors de ces gardes interminables. Martin et Agathe, encore vous mais que du bonheur de se retrouver pour

ce deuxième semestre aussi fort en émotions et en fou rires que le premier. **Micka, Marie et Chloé,** merci pour ce semestre génial.

Merci à l'équipe de **Pédiatrie de Montpellier,** sans votre aide si précieuse les médecins généralistes que nous sommes se seraient sentis bien perdus au milieu de tous ces bébés. Ma petite **Vidi**, tellement heureuse de t'avoir rencontrée, **France, David, Sakti, Chloé, Justine et Zoé**, sans vous ce semestre n'aurait pas été aussi riche en fou rire. A notre chanson spéciale pédiatrie, à nos heures à papoter dans le bureau de gastro, le pain choco-noisette, et à nos gaffes quelques fois douteuses devant nos chefs.

Merci à l'équipe de **gériatrie de Montpellier**, une équipe formidable et à l'écoute. **Camille, Seb, Clem et Ariane** sans vous ce semestre n'aurait pas été le même.

Le **cabinet médical Avicennes**. Comment qualifier ces 6 mois passés chez vous ? Un vrai bonheur d'aller travailler chaque jour. D'ailleurs vous m'avez donné envie de revenir ! **Shishi,** à nos discussions pendant des heures à parler de nos problèmes, il faut dire qu'il y avait de quoi discuter ! **Jess**, comment dire…je crois que j'ai passé presque plus de temps à venir te voir au secrétariat qu'à être dans le bureau. **Vic,** ta nouvelle vie de maman te va à ravir, profite de ta petite famille. Merci pour ta gentillesse, tes conseils et ta confiance. **Brieuc**, merci pour ta gentillesse, et ta bonne humeur. **Bernard**, merci pour ta gentillesse, ta générosité, ta bonne humeur, ta passion pour l'ostéopathie. Tu nous manques déjà. **Olivier**, merci pour ta gentillesse. Tu m'as tellement appris grâce à ta passion pour ce métier. Même si certaines choses ne « t'arrangent pas » tu nous régale de ta bonne humeur.

Le **cabinet médical du Cirque Romain**. Ces derniers 6 mois en tant qu'interne chez vous puis cette année de remplacement m'ont donné envie de poursuivre l'aventure avec vous. Merci pour votre accueil, votre écoute, votre confiance, et votre aide dans la réalisation de ce travail de thèse.

Pascal, merci pour ces 6 mois de SASPAS, merci pour ta confiance et ta gentillesse.

A ma famille, aux amis,

Papa, Maman, un immense merci d'avoir été là toutes ces années. Merci de m'avoir poussé à être meilleure. Sans vous il est certain que je n'en aurais pas été capable. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenue. Merci pour ces soirées à discuter des heures au restaurant, même si nous finissons souvent les yeux mouillés. Notre émotivité m'épatera toujours, mais je nous aime comme ça.
Merci de nous avoir transmis la passion du voyage. Merci d'avoir autant stressé pour moi au fil de ces dures années d'études. Maman je suis sûre que ton dos me dit merci. Même si nous avons connu quelques incompréhensions et quelques disputes, je sais que c'était pour mon bien. Vous m'avez permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui, je ne vous remercierais jamais assez (quoi qu'un bateau ?)

Lucas, mon bro, bilou. Merci pour cette enfance à tes côtés. Sans rancune pour ta cicatrice au coin de l'œil ?! On en a fait du chemin. Je suis fière de t'avoir donné envie de faire ce magnifique métier. Je te souhaite tout le bonheur du monde dans ta nouvelle vie Grenobloise, tu le mérite amplement. J'ai hâte de venir skier avec toi.

La **coloc de l'amour**, que dire…Je vous aime. Nos 6 mois ensemble sont passés si vite. On s'est rencontrés pour ne plus jamais se quitter. Nos soirées, nos fous rires, nos larmes, nos voyages, nos apéros…
Ma paupiette, les mots me manquent. Mon couple, ma paupiette, ma paupi, mon roc, la ratoune. 4 ans que ça dure…déjà. Je n'ai pas vu le temps passer. A nos fous rires, nos soirées pyjamas (enfin surtout toi !), nos soirées jusqu'à 7h du matin. Je t'ai fait découvrir la bière et toi les boites de nuits !
Hâte de découvrir la suite, en espérant que tu me rejoignes à Nîmes.
Ma Julie jolie, avec toi j'ai découvert la vraie chanson lyrique. Nos voyages à l'autre bout du monde me manquent. Tu y as laissé une partie de ton orteil mais je t'aime quand même. Tu es toujours là, dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci d'être qui tu es, une vraie folle qui m'épate tous les jours. Tu as réussi à tout affronter à la perfection. Je suis tellement heureuse pour ton bonheur à venir, j'ai déjà hâte de tenir ton bout de chou dans mes bras. **Nico**, merci de rendre ma Julie encore meilleure. Il faut le dire on t'a validé dès le premier jour, et encore plus quand on a découvert ta passion pour les ragots. Votre fille sera à coup sûr une perfection.
Florence, notre globe-trotteuse, continue à nous en mettre plein la vue avec tes photos de voyage. La prochaine réunion se fera peut-être à la Rochelle qui sait !
Guillaume, notre vasculaire accro aux photos dossiers, merci d'être toi !
Charles et Agathe, merci de nourrir avec brio nos petits estomacs affamés…votre bonheur fait plaisir à voir.
Merci pour ce semestre et cette amitié qui perdure depuis. Nos soirées, nos week-end à Molenbeck sont inoubliables. En espérant passer encore beaucoup de temps tous les 7. Les prochaines retrouvailles à 7 s'annoncent grandiose : pour le mariage de notre viet préféré et de sa douce.

La coloc 2, les filles quel semestre ! Un peu d'appréhension au début d'arriver au milieu de cette bande de filles qui se connaissaient déjà toutes, mais aucun regret. J'y ai trouvé des fous rires, de la complicité, des soirées au top, des sessions de wake, et une bonne touche de folie. **Ouaoua, Marine, Camille, Susu, Margot**, sans vous je n'aurais jamais survécu à mon semestre infernal des urgences. Merci pour votre bonne humeur, merci de m'avoir inclus de votre clan de fille. Vivement nos prochaines soirées.

Mon Pico, qui aurait cru que 21 ans plus tard notre amitié serait toujours la même. Je t'aime ma picouille. Merci d'être aussi dingue, aussi drôle, et surtout d'être encore là avec moi. Je me souviens encore notre road trip en voiture pour aller voir les résultats du bac, le grillage du parking a failli s'en souvenir !

Rémy, on n'était pas destiné à être amis et pourtant…Merci encore d'avoir fait ce choix ! Grâce à ça, s'en est suivi 10 ans de complicité, de fous rires, de ragots, de soirées, de cocktails… Tu me manques.

Manon, la nouvelle sudiste. La vie au soleil à l'air de te réussir ! Merci de ta gentillesse, de ta folie et de ton écoute.

Manu, merci d'être là depuis tout ce temps. Merci pour ta patience, ton amour, ta générosité, et ton gros grain de folie. Merci de me faire rire et de me faire découvrir le monde avec d'autres yeux.
J'espère te rendre heureux le plus longtemps qui soit.
J'ai hâte de découvrir ce que l'avenir nous réserve…je t'aime.

Merci à tous les autres qui ont croisés ma route, et qui l'ont embellie. Merci, c'est grâce à vous tous que j'en suis là aujourd'hui, vous m'avez rendu meilleure.

Table des matières

1 Remerciements ... 9

2 Liste des abréviations ... 16

3 Introduction ... 17

3.1 Vaccination ... 17
3.1.1 Définition de la vaccination ... 17
3.1.2 Un enjeu de santé publique ... 18
3.1.3 Calendrier vaccinal 2018 ... 20
3.1.4 Une couverture vaccinale insuffisante ... 21
3.1.5 Rôle du médecin généraliste dans la vaccination ... 23

3.2 Qu'est-ce que le zona ? ... 24
3.2.1 Physiopathologie du VZV ... 24
3.2.2 Épidémiologie ... 25
3.2.3 Description du zona ... 26
3.2.4 Complications de la maladie ... 29
3.2.5 Traitements ... 30
3.2.5.1 Traitements symptomatiques ... 30
3.2.5.2 Traitements antiviraux ... 31

3.3 Vaccination contre le zona ... 32
3.3.1 Calendrier vaccinal 2018 ... 32
3.3.2 Description du Zostavax® ... 32

3.4 Objectif de la thèse ... 34

4 Méthodes : ... 36

4.1 Le choix du type d'étude ... 36

4.2 L'élaboration du guide d'entretien ... 36

4.3 Population d'étude ... 37
4.3.1 Critères d'inclusion ... 37
4.3.2 Critères d'exclusion ... 37
4.3.3 Mode de recrutement ... 37

4.4 Déroulement des entretiens ... 37

4.5 Recueil des données ... 38

4.6 Analyse ... 38

5 Résultats ... 39

5.1 Données sociodémographiques des médecins ... 39

5.2 Résultats des entretiens ... 41
5.2.1 La vaccination de manière générale ... 41
5.2.1.1 Double intérêt ... 41
5.2.1.1.1 Individuel ... 41
5.2.1.1.2 De santé publique ... 41
5.2.1.2 Ressenti face à la vaccination ... 42
5.2.1.2.1 Des médecins ... 42
5.2.1.2.1.1 Opinion positive ... 42
5.2.1.2.1.2 Les exceptions ... 42
5.2.1.2.1.3 Les façons d'aborder la vaccination en fonction de la population cible ... 43
5.2.1.2.2 Des patients ... 45
5.2.1.2.2.1 Opinion de plus en plus négative ... 45
5.2.1.2.2.2 Rôle des médias ... 45
5.2.1.2.2.3 La peur des adjuvants ... 46

5.2.1.2.2.4 La peur des effets secondaires....46
5.2.1.2.2.5 Lobby de l'industrie pharmaceutique....46
5.2.1.2.3 Attitude des médecins face aux refus de vaccination....47
5.2.1.2.3.1 Nouvelle façon d'aborder la consultation de vaccination....47
5.2.2 Le zona....49
5.2.2.1 Retentissement de la maladie....49
5.2.2.1.1 Peu fréquente....49
5.2.2.1.2 Douloureuse....49
5.2.2.1.3 Bénigne....50
5.2.2.1.4 Les sujets immunodéprimés....50
5.2.2.1.5 Difficultés rencontrées....51
5.2.2.2 Névralgies post-zostériennes....51
5.2.2.2.1 Incidence....51
5.2.2.2.2 Durée....51
5.2.2.2.3 Retentissement sur la personne âgée....52
5.2.3 Le vaccin contre le zona....54
5.2.3.1 Point de vue des médecins....54
5.2.3.1.1 Avis partagés....54
5.2.3.1.2 Moyens d'informations de l'existence du vaccin....54
5.2.3.1.3 Les freins à la prescription du vaccin....55
5.2.3.1.3.1 Manque d'efficacité....55
5.2.3.1.3.2 Oubli de la part des médecins....55
5.2.3.1.3.3 Faible incidence du zona....55
5.2.3.1.3.4 Maladie bénigne....56
5.2.3.1.3.5 Manque d'intérêt des médecins à s'informer....56
5.2.3.1.3.6 Notion de priorité vaccinale....57
5.2.3.1.3.7 Manque de temps au cours des consultations....57
5.2.3.1.3.8 Absence de recul face aux effets secondaires....57
5.2.3.1.3.9 Problème d'âge vaccinal....58
5.2.3.1.3.10 Prix du vaccin....58
5.2.3.1.3.11 Avis peu favorable des revues médicales....58
5.2.3.1.3.12 Vaccin peu suivi par les hospitaliers....58
5.2.3.1.3.13 Freins liés aux patients....59
5.2.3.1.4 Facteurs favorisant la prescription....61
5.2.3.1.4.1 Impact sur les névralgies post-zostériennes....61
5.2.3.1.4.2 Patients immunodéprimés....61
5.2.3.1.4.3 Son entrée sur le calendrier vaccinal....62
5.2.3.1.4.4 Devoir de santé publique....62
5.2.3.1.5 Comment améliorer sa prescription : l'avis des médecins....63
5.2.3.1.5.1 Campagne grand public....63
5.2.3.1.5.2 Rendre obligatoire le vaccin....63
5.2.3.1.5.3 Rôle de l'assurance maladie....64
5.2.3.1.5.4 Preuves de son efficacité....64
5.2.3.1.5.5 Initier la prescription par les hospitaliers....64

6 Discussion....66

6.1 Discussion des résultats....66
6.1.1 La vaccination un enjeu de santé publique....66
6.1.2 L'avis des médecins....66
6.1.3 L'avis des patients....67
6.1.4 Le zona....68
6.1.4.1 Maladie peu fréquente et bénigne....68
6.1.5 Le vaccin contre le zona....69
6.1.5.1 Les freins à sa prescription....69
6.1.5.2 Les leviers à la vaccination....71
6.1.5.3 Comment améliorer la couverture vaccinale du Zostavax ?....72

6.2 Faiblesses et forces de l'étude....74
6.2.1 Biais de sélection....74

6.2.2 Biais de déclaration 75
6.2.3 Biais de subjectivité 75
6.2.4 Biais d'interprétation 75
6.2.5 Les forces de l'étude 76

7 Conclusion 77

8 Références bibliographiques 79

9 Annexes : 84

9.1 Annexe 1 : Informations, autorisation d'enregistrement et données sociodémographiques 84

9.2 Annexe 2 : Guide d'entretien 85

9.3 Annexe 3 : Les entretiens 87

2 Liste des abréviations

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ROR = Rougeole-Oreillon-Rubéole

BCG = vaccin Bilié de Calmette et Guérin, ou vaccin contre la tuberculose

HPV = PapillomaVirus Humain

InVS = Institut de Veille Sanitaire

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

VZV = Virus Varicelle-Zona

ADN = Acide DésoxyriboNucléique

VIH = Virus de l'Imunnodéficience Humaine

PCR = Réaction en chaine par Polymérase

NPZ = Névralgie Post-Zostérienne

UFP = Unité Formant les Plages

SPS = Shingle Prevention Study

STPS = Short-Term Persistence Substudy

LTPS = Long-Term Prevention Substudy

HAS = Haute Autorité de Santé

MSD = Laboratoire pharmaceutique MSD anciennement Merck

SEP = Sclérose En Plaque

H1N1 = Grippe A de type H1N1

DRESS = Direction de le Recherche des Études, de l'évaluation et des Statistiques du ministère de la Santé

FMC = Formation Médicale Continue

3 Introduction

3.1 Vaccination

3.1.1 Définition de la vaccination

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la vaccination consiste à immuniser une personne contre une maladie infectieuse en lui administrant un vaccin qui stimule le système immunitaire, protégeant ainsi la personne d'une infection ou d'une maladie.
Il a été établi que la vaccination permettrait de combattre et d'éliminer des maladies infectieuses potentiellement mortelles, et qu'ainsi 2 à 3 millions de décès seraient évités par an. (1)

Pour comprendre la vaccination, il faut connaître le mode de fonctionnement du système immunitaire.
Il existe deux paliers de réponses immunitaires :

-une réponse innée liée aux phagocytes qui sont les polynucléaires et les macrophages.

-une réponse acquise qui commence une fois que le premier contact avec l'agent pathogène a été fait.

Cette réponse immunitaire acquise va permettre de créer des lymphocytes T et B « mémoire » qui vont perdurer et ainsi rendre possible lors d'un prochain contact avec l'agent pathogène concerné la mise en place d'une réponse immunitaire cellulaire et humorale plus rapide et efficace.
Les Lymphocytes B vont induire des anticorps qui agissent dans l'immunité humorale.
Les Lymphocytes T eux vont avoir 2 actions. La première via les lymphocytes T CD8+, consiste en une action cytotoxique et anti infectieuse sur les cellules infectées (immunité cellulaire). La deuxième via les lymphocytes T CD4+, va permettre de départager l'immunité cellulaire et humorale. (2)

Le mode de fonctionnement de la vaccination se base sur la mémoire immunitaire.
Un vaccin est une préparation antigénique qui a pour objectif de créer une réponse immunitaire acquise spécifique d'un agent pathogène, dans le but de limiter le risque d'apparition de la maladie ou d'en diminuer les manifestations cliniques et les complications.

Il existe différents types de vaccins :

-Les vaccins vivants constitués d'agents infectieux vivant atténués. Ils induisent une protection immunitaire proche de celle qui arrive suite à une infection. Leur efficacité apparaît en 10-15 jours et est durable, cependant leur risque principal est d'induire une maladie infectieuse vaccinale c'est pour cela qu'ils sont contre indiqués en cas d'immunodépression et chez les femmes enceintes.
Dans cette classe de vaccin nous retrouvons le ROR, BCG, la fièvre jaune, la varicelle et le zona, l'encéphalite japonaise et le rotavirus.

-Les vaccins inertes eux ne sont pas constitués d'agents infectieux, leur protection est efficace après plusieurs injections et leur effet non durable c'est pour cela que des rappels sont nécessaires. (3)
Ces vaccins ont besoin le plus souvent d'un adjuvant qui a pour but d'améliorer et de prolonger la réponse immunitaire car les adjuvants retardent la libération de l'antigène injecté. De nos jours, l'adjuvant le plus souvent utilisé est l'aluminium. Il est très controversé, cependant des études ont démontré que son taux est faible comparé à l'exposition journalière en aluminium présent dans les médicaments ou dans l'alimentation. (4)

Ces vaccins, comme tout médicament, peuvent engendrer des effets secondaires.
Ces effets secondaires peuvent être localisés et bénins le plus souvent, il existe dans de rares cas des réactions anaphylactiques.
Après de nombreuses études, il s'est avéré que le bénéfice/risque était en faveur de la vaccination car les effets secondaires sont peu fréquents et à faible risque de complications comparé au risque d'épidémie et de complications de la pathologie en question. (3)

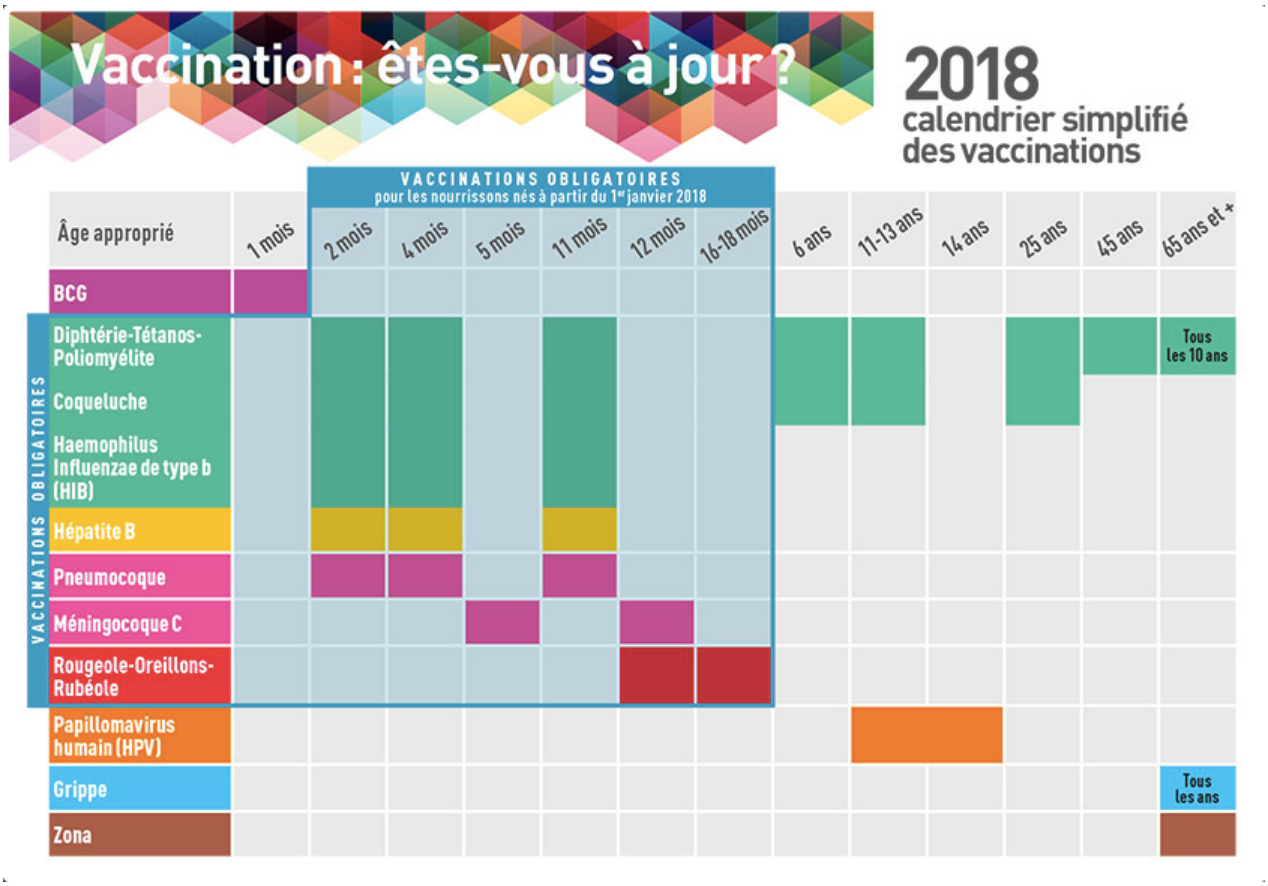
3.1.2 Un enjeu de santé publique

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif.
La vaccination constitue donc un moyen d'action efficace en santé publique. Elle permet une protection individuelle et collective pour des maladies infectieuses et à risque de complications. (1)
Le fait de vacciner va permettre une diminution de la transmission d'une maladie contagieuse, il y aura donc une réduction des sujets porteurs sains et des sujets malades. De ce fait une bonne

couverture vaccinale sur un territoire permet de protéger les personnes vaccinées comme celles qui ne le sont pas.

La vaccination a donc un intérêt à la fois individuel car elle protège l'individu lui-même d'une pathologie, de ses complications, mais elle diminue aussi le risque de mortalité et les coûts engendrés par l'individu en termes de soin. Il existe une réelle diminution des frais de santé.
De plus la vaccination a aussi un intérêt collectif car elle permet une diminution de l'incidence d'une pathologie. Si la couverture vaccinale est atteinte la transmission est diminuée voire stoppée et cela permet donc une protection chez des individus non vaccinés.
Ceci est primordial pour certaines personnes n'ayant pas accès à la vaccination (exemple : les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les enfants en bas âge) et pour qui ces pathologies seraient à fort risque de complications.
La vaccination a permis notamment d'éradiquer la variole en 1980. De nos jours, la poliomyélite n'est pas éradiquée mais seulement de très rares cas sont diagnostiqués du fait d'une bonne couverture vaccinale.
Le manque d'accès aux soins dans certains pays est un problème de santé publique. En effet la couverture vaccinale n'est pas optimale et donc des épidémies avec des conséquences parfois dramatiques sont encore d'actualité.

3.1.3 Calendrier vaccinal 2018



(5)

Selon l'article L3111-1 de la Loi 2017-1836, article 49, du 30 Décembre 2017, « la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de l'HAS ». (6)

Des modifications concernant l'obligation vaccinale sont entrées en vigueur suite à l'article L3111-2 de la loi 2017-1836, article 49 du 30 Décembre 2017, du code de le Santé Publique. (7)

En effet en plus des 3 vaccins obligatoires jusqu'à ce jour (diphtérie, tétanos et poliomyélite), 8 vaccinations jusqu'à ce jour recommandées sont devenues obligatoires le 1er Juin 2018 pour les enfants nés à partir du 1er Janvier 2018. Il s'agit de la Coqueluche, Haemophilus influenzae de type b, Hépatite B, Pneumocoque, Méningocoque de sérogroupe C, Rougeole, Oreillons,

Rubéole. Cela rapporte au nombre de 11 les vaccinations obligatoires sauf en cas de contre-indication.
Le vaccin contre l'HPV reste encore recommandé mais non obligatoire pour cette population.
Pour les enfants nés avant le 1er Janvier 2018, pour l'instant seuls 3 vaccins restent obligatoires : diphtérie, tétanos et poliomyélite, les autres vaccins restent actuellement recommandés.

Chez l'adulte les recommandations rendent obligatoire le rappel de la diphtérie-tétanos-poliomyélite à l'âge de 25 ans puis 45 ans, puis 65 ans et ensuite tous les 10 ans. De plus il est recommandé de réaliser à l'âge de 65 ans le vaccin contre le zona, ainsi que la vaccination contre la grippe tous les ans.
Concernant le pneumocoque, la vaccination est obligatoire depuis le 1er janvier 2018 pour les enfants de moins de 2 ans. A partir de 2 ans elle est recommandée pour les sujets à risque de contracter le virus, c'est-à-dire pour les sujets immunodéprimés, les sujets atteints d'affections cardiaques et pulmonaires chroniques, les insuffisants rénaux, les insuffisants hépatiques et les sujets atteints de diabète non équilibré. (8)

3.1.4 Une couverture vaccinale insuffisante

Selon les chiffres de l'INVS de 2016, et la cour des comptes de 2016, la couverture vaccinale à l'âge de 24 mois, en France est de :

-Pour la Diphtérie-Tétanos : 96,1% pour le rappel et 99% pour la primovaccination
-Pour la Poliomyélite : 96,1% pour le rappel, et 99% pour la primovaccination
-Pour la Coqueluche : 95,8% pour le rappel et 98,7% pour la primovaccination

-Pour l'Haemophilus influenzae b: 95,1% pour le rappel et 98% pour la primovaccination
-Pour l'Hépatite B: 90%
-Pour le ROR : 80,1%
-Pour le Pneumocoque : 91,8%
-Pour le Méningocoque C : 70%
-Pour le Papillomavirus humains HPV : la couverture avec les 3 doses à l'âge de 16 ans est de 19,1% en 2010
-Pour la Grippe : la couverture vaccinale des plus de 65 ans est de 50,8% sur l'hiver 2015-2016 et de 39,1% pour les moins de 65 ans
(9)

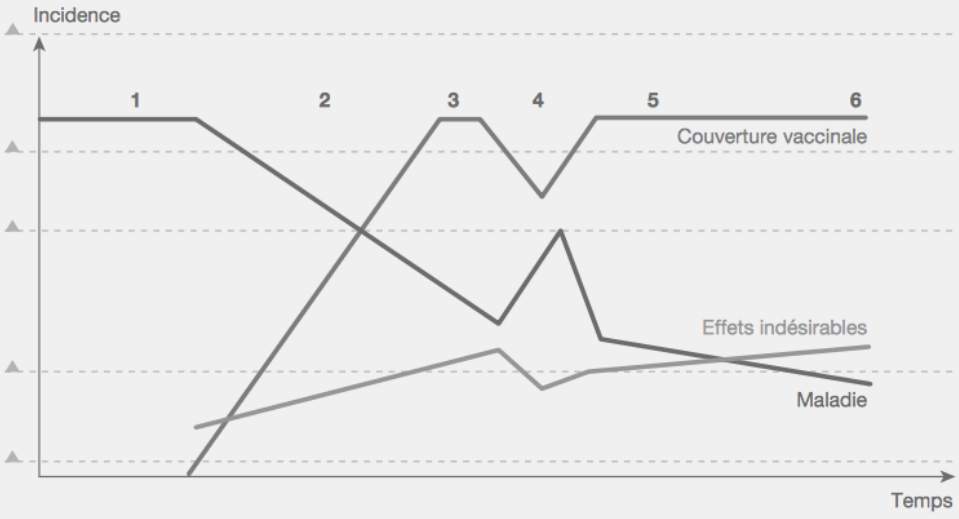
-Le Rotavirus quant à lui n'est pas relaté dans le taux de couverture vaccinale de l'INVS. Une étude a démontré que la non proposition de ce vaccin est lié en parti à l'absence de remboursement, au caractère non obligatoire du vaccin, à la crainte des effets secondaires tels que l'invagination ou encore d'un doute sur son efficacité. (10)

La loi du 4 Aout 2004 relative à la politique de santé publique a fixé des objectifs précis de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés et d'au moins 75 % dans tous les groupes cibles pour la grippe, en cohérence avec les recommandations de l'OMS. (11)

Pour les vaccins obligatoires, la couverture vaccinale est à un taux élevé, cependant lors des rappels à l'âge adulte elle diminue franchement à 50,5% (IC 49,4-51,5) chez les sujets de plus de 16 ans.
La couverture vaccinale pour les vaccins recommandés quant à elle est nettement inférieure à l'objectif des 95 %, et engendre de ce fait des épidémies, avec quelques cas compliqués et des décès, comme celle de la rougeole en 2018 avec au 20 février 2018, 429 cas déclarés. Entre le 1er Janvier 2008 et le 31 Décembre 2017, ce sont 24 500 cas de rougeole qui ont été recensés dont 21 décès. (12)

De nos jours en France, on observe une perte de confiance de la population vis à vis de la vaccination. Ceci est lié à la raréfaction de ces maladies et de leurs complications ce qui fait que la population perd de vue la potentielle gravité de ces maladies en question.
De plus en plus de motifs de refus font surface. Plusieurs controverses ont eu lieu, notamment les maladies auto-immunes dans la vaccination contre l'hépatite B, l'utilisation de l'aluminium comme adjuvant, la phagocytose à macrophage etc.
Ces réticences engendrent une faible couverture vaccinale et ainsi la persistance des maladies et des épidémies.

FUE6-143-1 : **Phases induites par la vaccination sur l'épidémiologie d'une maladie, la perception de celle-ci, et la perception du risque lié à la vaccination**



1. avant vaccination
2. couverture croissante
3. perte de confiance
4. d'où épidémie
5. reprise de confiance ; mais les effets indésirables peuvent devenir plus fréquents que la maladie
6. possible éradication, permettant éventuellement l'arrêt de la vaccination

(2)

3.1.5 Rôle du médecin généraliste dans la vaccination

En 2016, le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en France ayant une activité régulière. (13)
Le médecin généraliste est en première ligne en ce qui concerne la prévention et notamment la vaccination, son rôle est donc crucial et central dans la pratique médicale.
La définition de la prévention est tirée de la loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 qui dit « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accident et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou d'accident ». (14)
Le médecin a donc un rôle de prévention en parlant des vaccins et en les prescrivant, mais aussi en responsabilisant ses patients et en les éduquant vis-à-vis des vaccins mais aussi vis-à-vis de tout type de prévention. (15)

Des études ont démontré que les médecins sont favorables à 96% pour la vaccination, (16)
Selon un article de l'INPES 95,7% des médecins estiment que la prévention doit être faite essentiellement par eux-mêmes et non par les intervenants paramédicaux.

Les médecins généralistes ont un rôle central dans la vaccination, du fait de la relation de confiance acquise avec leurs patients. Ce sont eux qui sont le plus à même de connaitre l'opinion vaccinale des patients et ainsi les plus à même de les convaincre en cas de réticence. (17)

3.2 Qu'est-ce que le zona ?

3.2.1 Physiopathologie du VZV

Le zona est une infection virale liée au virus varicelle zona (VZV).
C'est un virus à ADN de la famille des Herpesviridae. La varicelle correspond à la primo-infection par ce virus, le zona quant à lui en est la réactivation.

Le réservoir du VZV est strictement humain, sa transmission est interhumaine et se fait principalement par voie aérienne. Plus rarement la transmission se fait par contact des muqueuses, à partir des sécrétions respiratoires ou par contact avec le liquide des vésicules cutanées en cas de zona.
Le virus s'infiltre dans les muqueuses des voies aériennes supérieures et de l'oropharynx, il migre pour se multiplier dans les ganglions lymphatiques régionaux para pharyngés.
4 à 6 jours plus tard survient la première virémie avec diffusion par voie sanguine dans tout l'organisme et en particulier dans les cellules du système réticulo-endothélial (foie et rate) où il va continuer à se multiplier.
Le 14ième jour survient la deuxième virémie avec diffusion du virus au niveau du nasopharynx et de la peau provoquant le rash cutané typique de la varicelle. (18)
Cela active les kératinocytes , avec un effet cytopathique caractéristique des Herpesviridae responsables de la formation de vésicules intradermiques.
Le système immunitaire de l'hôte permet de mettre fin à la réplication virale, cependant en cas de défaillance immunitaire certains organes comme le poumon, le foie, les surrénales ou le système nerveux central sont susceptibles d'être touchés.
Le VZV migre ensuite dans les ganglions des racines sensitives (dorsales) du système nerveux périphérique par voie neurogène et/ou hématogène où il persiste à l'état latent.
A ce jour, l'organisation de cette latence n'est pas connue.

Lors d'un zona, il existe une réactivation du virus, secondaire à différents facteurs tels que l'âge, les traitements immunodépresseurs, l'utilisation de corticoïdes au long cours, le stress, la fatigue etc.

Cela entraine une diminution de l'immunité cellulaire anti-VZV spécifique et une réactivation du virus.
Les patients les plus à risque de développer des formes sévères ou atypiques sont les patients atteints du VIH, d'hémopathies malignes et surtout de lymphome, ainsi que ceux bénéficiant de traitements immunosuppresseurs. (19)
A l'inverse une stimulation endogène (réactivation infra clinique du VZV) ou exogène (contact avec des individus ayant la varicelle) de l'immunité cellulaire spécifique anti-VZV seraient des facteurs protecteurs.

Lors de la réactivation du VZV, le virus présent dans les ganglions des racines sensitives se réactive et se réplique entrainant une destruction des neurones et des cellules satellites. Par la suite, le virus migre le long des fibres sensitives jusqu'à atteindre la peau entrainant une éruption vésiculeuse typique du zona, de localisation radiculaire et unilatérale.
L'inflammation aiguë du nerf sensitif entraine une hyperexcitabilité des neurones de la corne postérieure de la moelle, responsable des douleurs aiguë neuropathie et de l'hyperesthésie cutanée.
Cela peut entrainer des douleurs post-zostériennes après la cicatrisation des lésions cutanées, qui seraient dues à des lésions de démyélinisation et de fibrose des axones. (18)

3.2.2 Épidémiologie

Cette pathologie est suivie en France depuis 2004 par le réseau sentinelle.
C'est une pathologie fréquente qui touche particulièrement les personnes à l'âge adulte, plus de 60% des cas surviennent après l'âge de 45 ans. Son incidence augmente avec l'âge donc on peut s'attendre à une augmentation du nombre de cas du fait du vieillissement de la population.
Depuis 2004, le taux est relativement stable, il était de 4,19 pour 1000 habitants en 2015 ; 4,13 pour 1000 habitants en 2017 alors qu'il était de 4 cas pour 1000 habitants en 2004 lors de la première année de surveillance. (20)

Des études ont démontré que l'incidence est la même dans la population générale entre 40 et 60 ans mais qu'après 60 ans l'incidence est doublée (21)

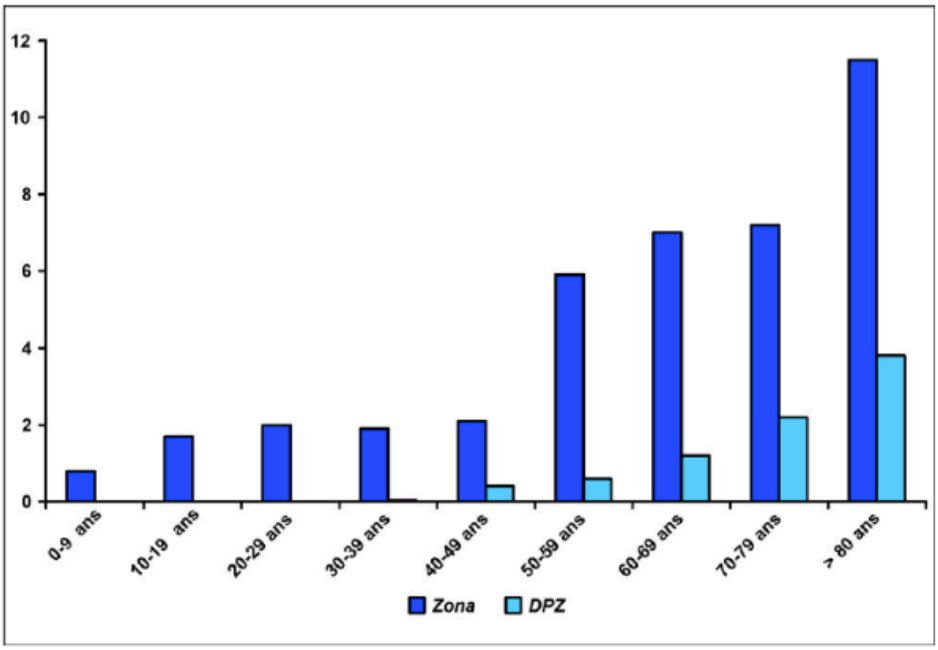


FIGURE 1
Incidence (pour 1 000 personnes) du zona et des douleurs post-zostériennes en fonction de l'âge (Hope-Simpson RE [1])

L'immunodépression est un des facteurs de risque d'activation du zona.
Le zona est donc particulièrement fréquent chez les patients atteint d'hémopathies malignes, de cancers, de déficit immunitaire tel que le VIH, lors de traitement immunosuppresseurs dans les maladies auto-immunes ou encore avec les nouvelles biothérapies (22). Le zona est 10 fois plus fréquent chez les patients atteint d'un VIH que chez les patients immunocompétents. (23)

De plus le diabète de type 2 quand il n'est pas équilibré représente lui aussi un facteur de risque d'infection à VZV. (24)
Enfin le stress, les chocs émotionnels dans les mois précédents le zona peuvent avoir un rôle dans la réactivation du VZV en modifiant l'immunité cellulaire.

3.2.3 Description du zona

Le zona correspond à la réactivation du virus VZV, il ne peut donc être observé que chez les patients ayant déjà contracté la varicelle.

Le zona est une pathologie fréquente qui touche principalement les personnes à l'âge adulte. Plus de 60% des cas survient après l'âge de 45 ans.

Son incidence augmente avec l'âge, du fait de la diminution de l'immunité cellulaire, on peut donc s'attendre à une augmentation de l'incidence de cette pathologie compte tenu du vieillissement de la population.

Le zona est caractérisé par son éruption vésiculeuse, unilatérale et attachée à un territoire métamérique (certains dermatomes adjacents peuvent être atteints dans certains cas).
Dans certains cas l'éruption cutanée est précédée (2 à 10 jours avant le rash) de prodromes à type de céphalées, sensation de malaise, photophobie, sensation de brulures, picotements ou de démangeaisons dans le territoire atteint.
Cette phase de douleur pré-éruptive est souvent décrite comme étant le motif de consultation principal. (25)

La phase d'état est douloureuse, et peut s'accompagner de paresthésies, ou de troubles de la sensibilité.
Il existe fréquemment une adénopathie satellite du territoire métamérique en hémi-ceinture.
L'éruption est initialement érythémateuse, puis recouverte en 24 heures de vésicules arrondies, en bouquets puis en bulles polycycliques confluentes.
Le 5ième jour les vésicules se troublent puis sèchent pour former des croûtes brunes vers le 7ième jour.
Le 10ième jour les croutent tombent pour laisser place à une cicatrice dépigmentée qui peut être irréversible.
Il peut se produire plusieurs poussées successives sur 2-3 semaines.
Il existe des exceptions chez certains patients, le VZV n'atteint pas la peau, le tableau clinique est donc une névralgie dans le dermatome concerné sans éruption cutanée. Cette forme de zona est connue sous le nom de zona sine herpete, il s'agit d'un diagnostic différentiel. (26)

Le zona peut se présenter sous différentes formes topographiques ;
Il peut être localisé sur différents territoires métamériques avec des atteintes cutanées classiques :

-Le zona thoracique ou intercostal est la forme la plus classique.

-Le zona des membres peut s'accompagner d'une paralysie des nerfs moteurs.
-le zona cervical, de C1 à C3 il touche principalement la nuque, le cuir chevelu et le pavillon de l'oreille ; de C3 à C4 la zone cervico sus-claviculaire ; et de C4 à C7 la zone cervico brachiale qui touche la partie basse du cou, l'épaule, et le membre supérieur
-le zona des racines sacrées quant à lui touche la fesse, le sacrum et le périnée.
-le zona bucco pharyngé touche le nerf maxillaire supérieur (éruption de l'hémi voile du palais, son pilier antérieur, luette), le nerf maxillaire inférieur (éruption de la langue, gencives et lèvre inférieure) et du nerf lingual. (26)

Il existe aussi des zonas avec des atteintes atypiques et à fort risque de complications.

-Le zona ophtalmique en fait partie. L'éruption du zona ophtalmique se situe dans le territoire du nerf trijumeau V1 et V2.
Une adénopathie prétragienne peut être présente.
Une kératite peut être secondaire, elle doit donc être dépistée par un examen ophtalmologique initial et jusqu'à 3 semaines après la poussée.

-Le zona du ganglion géniculé lui siège dans la zone de Ramsay-Hunt, ce type de zona s'accompagne de paralysie faciale périphérique, d'une éruption des 2/3 antérieurs de l'hémi langue homolatérale. Le zona auriculaire débute généralement par une douleur auriculaire profonde et intense, puis environ 5 jours plus tard apparait la phase éruptive dans le conduit auditif externe. La phase de paralysie faciale quant à elle ne débute en générale que 24 à 48 heures plus tard. (27) Ce type de zona s'appelle le syndrome de Ramsay-Hunt ou syndrome de Sicard.

Le diagnostic du zona est clinique, cependant une confirmation biologique est possible par la technique de PCR du VZV en cas de doute clinique ou de forme grave.

3.2.4 Complications de la maladie

La complication la plus fréquente et la plus invalidante du zona, reste les douleurs post-zostériennes.
L'incidence et la durée de ces douleurs sont liées à l'âge du patient.
Elles sont définies comme des douleurs persistant au-delà du 30ième jour après l'éruption cutanée.
Ce sont des douleurs neuropathiques qui sont localisées sur le territoire touché par l'éruption cutanée.
Elles disparaissent le plus souvent dans un délai de 6 mois mais peuvent être définitives et très invalidantes. Une étude a démontré que 19,5% des patients atteints d'un zona présentaient une NPZ pendant au moins un mois, et que 13,7% développaient une NPZ pendant au moins 3 mois. (28)
Des études ont démontré que les femmes sont plus à risque que les hommes de déclarer des NPZ. (29)
De plus l'incidence de ces NPZ augmente avec l'âge. En effet l'incidence entre 50 et 59 ans est de 0,73/1000 personnes par an contre 3,16/1000 personnes par an chez les sujets âgés de plus de 80 ans. (30)

Les autres complications plus rares sont, les cochléo-vestibulites dans le zona du ganglion géniculé, les kératites ou les paralysies oculomotrices dans les zonas ophtalmiques, ou encore des nécroses rétiniennes, baisses d'acuité visuelle, cécité, vertiges.
De plus il peut survenir une encéphalite et myélite dans un contexte de zona sine herpete avec atteinte motrice du nerf touché.
Dans de rares cas, notamment chez les immunodéprimés, le zona peut se généraliser. Ce type de zona est défini par l'association d'une atteinte métamérique et la présence de vésicules à distance du métamère atteint. Les lésions cutanées peuvent quant à elles être nécrotiques.
Des atteintes viscérales sont possibles : pneumopathie, péricardite, myocardite, hépatite, encéphalite… Le taux de décès dans ce contexte-là est actuellement de 5 à 15% malgré les antiviraux. (31)

Concernant la population gériatrique, le zona est aussi très fréquemment signe de perte d'autonomie, grabatisation, confusion, anorexie et donc altération de l'état général. (32)
Ceci peut-être à l'origine d'une réduction des animations sociales, un repli sur soi, et d'une dépression réactionnelle.
Dans cette pathologie les concepts de décompensation et de fragilité prennent tout leur sens. Le zona fait partit des pathologies aigues qui vont potentiellement entrainer une décompensation fonctionnelle par le phénomène de cascade comme il est décrit dans l'échelle de Fried. (33)
Tout cela entraine des hospitalisations et a donc un coût élevé. (34), (35)
Chez la population gériatrique, ce type de pathologie peut entrainer une majoration des risques de sur médication, d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses.

3.2.5 Traitements

3.2.5.1 Traitements symptomatiques

En même temps que le traitement anti viral il est important de traiter les symptômes des patients.
En cas de démangeaisons il est nécessaire d'avoir les ongles coupés court car cela réduit le risque de surinfection bactérienne.
Un traitement anti histaminique peut être proposé, cependant cela peut accroitre la somnolence et donc engendrer des chutes chez la personne âgée et donc les complications liées aux chutes tels que les fractures osseuses, perte d'autonomie, grabatisation, dépression, altération de l'état général.
La désinfection cutanée à la Chlorhexidine aqueuse doit être quotidienne.

En cas de surinfection bactérienne des plaies, une antibiothérapie par voie orale devra être mise en place.

Le traitement des douleurs est le point primordial de cette pathologie. Pour les douleurs en phase aiguë les antalgiques usuels peuvent être utilisés. Les douleurs post-zostériennes quant à elles, nécessitent des antalgiques spécifiques des douleurs neuropathiques tel que la Prégabaline (Lyrica®), la Gabapentine (Neurontin®), les antidépresseurs comme la Duloxetine (Cymbalta®) ou la Venlafaxine (Effexor®).
Les emplâtres topiques anesthésiants peuvent être utilisés en complément (Versatis®) mais seulement lorsque les lésions cutanées ont totalement cicatrisé.

3.2.5.2 Traitements antiviraux

Le traitement antiviral doit être mis en place dans les 72 premières heures. Ceci permettrait de diminuer l'atteinte cutanée, sa durée, ainsi que l'intensité douloureuse.
Chez les personnes non immunodéprimées, un traitement par Valaciclovir (Zelitrex®) à 1000mg 3 fois par jour pendant 7 jours peut être instauré ou un traitement par Famciclovir (Oravir®) à la posologie de 500mg 3 fois par jour pendant 7 jours chez les sujets de plus de 50ans.
Dans le cadre d'un zona ophtalmique, les traitements par Valaciclovir ou Famciclovir per os, ou encore l'Aciclovir (Zovirax®) à la posologie de 800mg 5 fois par jour pendant 7 jours, peuvent être administrés quel que soit l'âge du patient, pour prévenir des complications oculaires. (31)
Les patients avec des facteurs favorisants d'évolution vers des douleurs post zostériennes (prodromes algiques, gravité de l'éruption et intensité des douleurs à la phase éruptive) recevront le traitement avant l'âge de 50 ans. (36)
Les posologies des traitements antiviraux sont à adapter chez les sujets insuffisants rénaux du fait du risque d'insuffisance rénale aiguë par cristallisation.
Dans le cadre des patients immunodéprimés ou dans les formes graves de zona, un traitement par Aciclovir (Zovirax®) par voir intraveineuse à la posologie de 10 à 15 mg/kg/8h sera mis en place pour une durée de 8 à 10 jours.

3.3 Vaccination contre le zona

3.3.1 Calendrier vaccinal 2018

Le calendrier vaccinal 2018 recommande une vaccination des sujets âgés de 65 à 74 ans révolus. (37)
La vaccination contre la grippe peut être administrée au même moment, ainsi que celle contre la diphtérie-tétanos-poliomyélite, cependant les injections doivent se faire sur 2 sites différents.

Toutefois, selon l'avis de la commission de transparence du 5 Octobre 2014 le Zostavax ® ne peut pas être administré en même temps que le vaccin contre le pneumocoque 23 valences, car il existe une diminution de l'immunogénicité du Zostavax® dans ce cas-là.
Les 2 vaccins doivent donc être administrés à 4 semaines d'intervalle. (38)

Ce vaccin ne nécessite qu'une seule injection, à ce jour la nécessité d'un rappel n'est pas connue.

3.3.2 Description du Zostavax®

Le vaccin Zostavax® fait partie des vaccins vivants atténués.
Il est produit sur cellules diploïdes à partir de la souche Oka/Merck, et est indiqué pour la prévention du zona et des névralgies post zostériennes chez les sujets âgés de 65 à 74 ans révolus.
Ce vaccin a obtenu l'AMM (autorisation de mise sur le marché) le 19 Mai 2006, et est remboursé à hauteur de 30% par la sécurité sociale (pour un prix initial à 127,24 euros). (39)
Son injection se fait en intramusculaire, hormis dans les cas de trouble de la coagulation ou de thrombopénie majeure où l'injection se fera en sous-cutanée.
Il se présente sous la forme d'une poudre et d'un solvant pour suspension injectable.
Ce vaccin se conserve au frais et doit être reconstitué immédiatement après l'avoir retiré du frigo.
Une fois reconstitué, il doit être administré le plus rapidement possible pour minimiser la perte de potentiel de la molécule. Il ne peut être administré une fois les 30 minutes écoulées.

Le principe actif de ce vaccin est le même que celui de la varicelle, cependant sa puissance est environ 14 fois supérieure puisqu'elle est de 19 400 UFP (unités formant les plages). (38)

Il a été démontré que pour maintenir le virus VZV à l'état latent, l'immunité cellulaire possédait un rôle primordial. L'objectif de ce vaccin est donc de relancer cette immunité cellulaire ciblée contre le VZV afin de la maintenir au-dessus du seuil permettant de maintenir le VZV à l'état latent.
Du fait que ce soit un vaccin vivant il est contre indiqué chez les immunodéficiences primaires ou acquises, les femmes enceintes, et une grossesse doit être évitée dans le mois qui suit la vaccination, la tuberculose active non traitée, les personnes traitées par immunosuppresseurs y compris les corticoïdes à forte dose (cependant pas de contre-indication en cas de corticoïdes inhalés, per os ou intraveineux à faible dose) et bien entendu en cas d'hypersensibilité à la substance active.
En cas d'allaitement il est conseillé d'interrompre l'allaitement, car aucune donnée n'existe sur l'existence ou non d'un passage du VZV dans le lait maternel.
Le 23 Octobre 2013, l'HAS a recommandé la vaccination contre le zona pour les 65-74 ans du fait de la preuve de la réduction significative des NPZ, de leur incidence et de l'incidence du zona. (40)

Le vaccin peut être administré en même temps que le vaccin contre la grippe du fait de l'absence d'interaction entre les 2. Cependant les injections doivent se faire sur 2 sites différents.

Les effets indésirables fréquemment observés sont :

Classe d'Organes – Système MedDRA	Dénominations des Effets indésirables	Fréquence
Infections et infestations	Varicelle, Herpes zona (souche vaccinale)	Très rare
Affections hématologiques et du système lymphatique	Lymphadénopathie (cervicale, axillaire)	Peu fréquent
Affections du système immunitaire	Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques	Rare
Affections du système nerveux	Céphalées[1]	Fréquent
Affections oculaires	Rétinite nécrosante (patients sous traitement immunosuppresseur)	Très rare
Affections Gastro-intestinales	Nausées	Peu fréquent
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Eruption cutanée	Fréquent
Affections musculo-squelettiques et systémiques	Arthralgies, Myalgies, Douleurs des extrémités[1]	Fréquent
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Site d'injection: érythème[1,2], Douleur/sensibilité au toucher[1,2], à la pression[1,2], Prurit[1,2], Gonflement[1,2]	Très fréquent
	Site d'injection: Induration[1], Hématome[1], Chaleur[1], Eruption cutanée Fièvre	Fréquent
	Urticaire au site d'injection	Rare

[1] Expérience issue des études cliniques.
[2] Effets indésirables rapportés dans les 5 jours suivant la vaccination.

(38)

Ce vaccin a pour objectif de prévenir du zona ou de ses récurrences, et de limiter les névralgies post-zostériennes, il est donc indiqué chez les personnes ayant déjà déclarés et n'ayant jamais déclaré de zona.

3.4 Objectif de la thèse

Le zona est donc un problème de santé publique de par son incidence, ses complications, la difficulté à traiter les douleurs post zostériennes et le coût que cela engendre en hospitalisation, thérapeutique et institutionnalisation chez le sujet âgé.

A ce jour des études ont été réalisées dans le but d'objectiver l'efficacité initiale puis sur le moyen et long terme du vaccin Zostavax®.

L'étude SPS (shingles prevention study), multicentrique, randomisée, contrôlée versus placebo, réalisée en double aveugle aux USA entre Novembre 1998 et Avril 2004.
Cette étude a démontré que le vaccin Zostavax® réduisait l'incidence du zona de 63,9% (IC à 95%: 55,5-70,9) chez les sujets âgés de 60 à 69 ans et de 37,6% (IC à 95%: 25,0-48,1) chez les sujets de plus de 70 ans. Elle a aussi démontré une diminution de l'intensité des douleurs associées au zona de 61,1% (IC à 95%: 51,1-69,1) chez les sujets de tout âge confondu. De plus il existe une diminution de l'incidence des douleurs post-zostérienne de 66,5% (IC à 95% : 47,5-79,2). (41)

L'étude STPS a été réalisée pour démontrer la persistance de l'efficacité du vaccin à court terme (4 à 7 ans après la vaccination).
Cette étude est une étude de suivi de l'étude SPS, réalisée entre Octobre 2005 et Mars 2006.
Cette étude a permis de démontrer une efficacité de 39,6% (IC 95% : 18,2-55,5) pour l'incidence du zona ; de 60,1% (IC 95%: -9,8-86,7) pour l'incidence des douleurs post-zostériennes et de 50,1% (IC 95%: 14,1-71) pour le score de sévérité du zona. (42)

L'étude LTPS a quant à elle été réalisée dans le but de suivre les patients et ainsi évaluer l'efficacité du vaccin 7 à 11 ans après la vaccination.
Elle est une étude de suivi de l'étude SPS réalisée entre Mars 2006 et Février 2011.
L'efficacité est passée de 51,1% à 21,1% (IC 95% : 11-30) pour l'incidence du zona ; de 66,5% à 35,4% (IC 95%: 9-56) pour l'incidence des douleurs post-zostériennes et de 61,1% à 37,3% (IC 95%: 27-46) pour le score de sévérité du zona.
L'estimation de l'efficacité du vaccin a donc diminué au fil du temps dans la population LTPS ; cependant bien que l'efficacité ait diminué, elle reste significative pour le score de sévérité de la maladie à 10ans, et pour l'incidence du zona à 8ans. (43)

L'étude QALY réalisée par le Haut Conseil de la Santé étudie le rapport coût-efficacité du médicament mais a aussi pour but de déterminer l'âge auquel la vaccination est la plus optimale c'est-à-dire entre 65 et 74 ans.

Il semblerait que ce vaccin soit peu administré, la couverture vaccinale n'est donc pas optimale en France. Elle est, d'après les chiffres du laboratoire MSD qui produit le vaccin, inférieure à 1 %. (44)

A ce jour aucune étude n'a été réalisée dans le but de démontrer la place et l'utilisation de ce vaccin par les médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude est donc de découvrir quels sont les facteurs favorisant et limitant qui peuvent influencer la prescription du Zostavax® par le corps médical, en analysant leur comportement ainsi que les difficultés qu'ils peuvent rencontrer face à cette vaccination. L'objectif secondaire sera d'apporter des réponses sur les moyens d'améliorer la couverture vaccinale.

4 Méthodes :

4.1 Le choix du type d'étude

Le but de cette étude était de recueillir le ressenti, l'opinion des médecins sur cette pathologie et son vaccin, ainsi que d'évaluer comment palier aux difficultés rencontrées au cours de leur exercice.

L'enquête qualitative paraissait être la manière de procéder la plus appropriée car elle permettait de recueillir des informations beaucoup plus larges, en guidant la réflexion des médecins au fur et à mesure de l'entretien.
De ce fait une étude multicentrique a été menée à partir d'entretiens individuels et semi-dirigés avec des médecins généralistes en activité du Gard et de l'Hérault.

4.2 L'élaboration du guide d'entretien

Après recherche bibliographique, le guide d'entretien a été élaboré et a servi de support pour les entrevues. Il comportait plusieurs questions ouvertes à thèmes, avec des questions de relances permettant de cadrer l'entretien et de spécifier les réponses apportées. Il a évolué tout en essayant de suivre une trame directive commune. Ce guide a été modifié à partir du deuxième entretien afin de favoriser la réflexion des médecins et ainsi d'obtenir un panel plus large de réponses.

Le guide comportait les thèmes suivants :

- La vaccination de manière générale, et les refus de vaccinations
- La vision du zona et de ses complications
- Les facteurs favorisants et limitants la prescription du Zostavax
- Les moyens qui pourraient être utilisés pour favoriser la prescription du vaccin

4.3 Population d'étude

4.3.1 Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion était d'être un médecin généraliste thésé, encore en activité et installé dans un cabinet libéral dans le Gard ou l'Hérault.

4.3.2 Critères d'exclusion

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

4.3.3 Mode de recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé par la méthode de proche en proche pour 6 d'entre eux. Pour les autres médecins, une recherche aléatoire à partir des Pages Jaunes® a été faite.
La diversité de cet échantillon a été recherchée sur les critères suivants : l'âge, le sexe, le mode d'exercice (cabinet de groupe, individuel) et le lieu d'exercice (rural, semi rural, ou urbain).
L'objectif n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population médicale du Gard et de l'Hérault mais de recueillir les connaissances, les opinions et les différentes pratiques médicales.
Les médecins généralistes de ces 2 départements ont été contactés par téléphone ou lors de rencontre dans les différents cabinets médicaux, afin de leur donner le titre de la thèse.
Après discussion, il leur était proposé un rendez-vous pour un entretien s'ils le désiraient.

4.4 Déroulement des entretiens

Après avoir convenu d'un rendez-vous, chaque entretien a commencé par la signature d'un consentement écrit, après information du but de la thèse et de l'anonymisation de chaque entretien.

Un petit questionnaire sur leur date et mode d'installation, leur manière de continuer à se former était rempli avant le début de chaque entretien.

L'entretien était anonyme et enregistré par double source (IPhone® et Olympus digital voice recorder VN-2100PC®) pour ensuite être retranscrit via un logiciel de traitement de texte Word® 2016 pour Mac®.
Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice et se sont déroulés dans les cabinets des médecins généralistes interrogés.

4.5 Recueil des données

Les entretiens ont tous été menés par l'investigatrice de l'étude.
Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot par un logiciel de traitement de texte Word®.
Pour préserver l'anonymat, certaines données ont été supprimées des entretiens et chaque participant a été désigné par la lettre E suivi du chiffre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.
Les retranscriptions des entretiens ont été stockés sur clé USB.
Par la suite chaque enregistrement a été supprimé afin de préserver l'anonymat des participants.

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention d'une saturation des données qui est définie par l'absence d'apparition de nouvelle donnée. A partir de cette saturation nous avons ajoutés deux entretiens supplémentaires ce qui porte à 14 le nombre d'entretiens réalisés.

4.6 Analyse

Dans un premier temps une analyse des données sociodémographiques de chaque médecin a été réalisée.
Puis dans un second temps, chaque entretien a été imprimé afin de procéder à une lecture attentive des textes pour débuter l'analyse thématique.

L'analyse thématique m'a paru être la plus adaptée car selon P. Paillé et A. Mucchielli « l'analyse thématique à deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche. La

deuxième va plus loin et concerne la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes. » (45)
L'objectif de cette étude était d'analyser et d'expliquer un phénomène, pour cela l'analyse thématique était la plus adaptée. (46)

Après plusieurs lectures des *verbatim*, des thèmes et des sous thèmes ont été trouvés et retranscrits dans les résultats. Par la suite des arbres thématiques ont été réalisés.
L'analyse a été réalisée par l'investigatrice de l'étude et sans logiciel.

5 Résultats

5.1 Données sociodémographiques des médecins

Lors des entretiens, les données sociodémographiques des médecins ont été recueillies : sexe, âge, date d'entrée en exercice, localisation géographique du cabinet, type de cabinet, type d'activité, leur manière de continuer à s'informer des avancées médicales.
Au total 14 entretiens ont été réalisés, chez des médecins généralistes installés, en activité libérale.

La durée totale des entretiens a été de 4 heures 55 minutes et 55 secondes. L'entretien le plus court a duré 10 minutes 24 secondes et l'entretien le plus long a duré 36 minutes et 35 secondes, ce qui fait une durée moyenne de 21 minutes et 11 secondes.
Les entretiens ont été réalisés entre 29 Novembre 2017 et le 01 Juin 2018.

Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Moyen de formation	Formation sur vaccination
Femme	53 ans	Cabinet de groupe	Semi-rural	FMC, revues médicales	Non
Homme	50 ans	Cabinet de groupe	Semi-rural	FMC, revues médicales	Non
Femme	32 ans	Cabinet de groupe	Semi-rural	FMC, internet	Non
Homme	64 ans	Cabinet de groupe	Semi-rural	FMC, revues médicales, internet	Non

Homme	48 ans	Cabinet de groupe	Semi-rural	Revues médicales, réunion de pairs	Non
Femme	53 ans	Seule	Urbain	Revues médicales	Non
Femme	33 ans	Cabinet de groupe	Urbain	FMC, revues médicales	Oui
Femme	60 ans	Cabinet de groupe	Urbain	FMC, internet	Oui
Femme	49 ans	Cabinet de groupe	Urbain	FMC, revues médicales	Oui
Femme	42 ans	Cabinet de groupe	Urbain	FMC	Oui
Homme	52 ans	Cabinet de groupe	Urbain	FMC, revues médicales	Non
Femme	30 ans	Seule	Semi-rural	FMC, internet, revues médicales	Non
Femme	59 ans	Cabinet de groupe	Urbain	FMC, revues médicales, internet, groupe de pairs	Oui
Femme	63 ans	Seule	Semi-rural	Revues médicales, groupes de pairs	Non

5.2 Résultats des entretiens

5.2.1 La vaccination de manière générale

5.2.1.1 Double intérêt

5.2.1.1.1 Individuel

Selon les médecins interrogés, la vaccination à un intérêt individuel du fait de sa fonction de protection face à une maladie. Elle prévient de plus des complications potentiellement graves et mortelles de ces maladies.
La vaccination s'inscrit dans un cadre de prévention.

E02 : « Pour se protéger des maladies qui peuvent être à complications graves »

E03 : « ça rentre dans une politique de prévention et de protection de la population »

E09 : « Il y a eu une évolution dans le médical avec la vaccination. Ça a été un progrès énorme autant pour la santé individuelle que collective »

5.2.1.1.2 De santé publique

La vaccination est reconnue par tous comme un progrès en santé publique, en diminuant l'incidence des maladies, voire en permettant l'éradication de certaines pathologies.
Certains déclarent qu'elle permet de protéger les personnes les plus fragiles qui ne peuvent pas avoir accès à la vaccination.

E07 : « (…) protéger la personne et la collectivité contre les maladies, et ça permet d'éradiquer certaines pathologies comme la polio, la diphtérie qu'on ne voit quasiment plus en France »

E05 : « (…) et pour des raisons de santé publique qui permettrait une amélioration de l'état de santé de la population en général et protéger les plus faibles. Protéger les plus vulnérables, les enfants, les patients d'un certain âge et les gens qui ne peuvent pas faire les vaccins. Voilà vacciner le plus de gens possible pour en protéger le plus grand monde »

5.2.1.2 Ressenti face à la vaccination

5.2.1.2.1 Des médecins

5.2.1.2.1.1 Opinion positive

Tous les médecins se sont prononcés pour la vaccination de manière générale, ils pensent que c'est une tâche très importante pour le bien être de toute une population. Certains ont déclaré que la vaccination était un des plus gros progrès de la médecine.

E05 : « je suis convaincue qu'il faut vacciner, pour pratiquement tous les vaccins proposés. Je suis militante, pro-vaccination »

E10 : « Je suis pour la vaccination, tous sans exception »

E09 : « je suis à fond vaccination »

5.2.1.2.1.2 Les exceptions

Les avis sont partagés concernant certaines vaccinations.
La vaccination contre le papillomavirus fait partie des vaccins encore considéré comme récents, et certains médecins le proposent à leurs patients mais ne sont pas tout à fait convaincus de leur bien fondé. En effets certains ont peur que la surveillance gynécologique avec un frottis soit oubliée par les patientes suite à la vaccination.

E05 : « je mets à part celui pour le cancer du col de l'utérus, parce que voilà moi je fais les frottis, je fais le suivi gynécologique chez la femme et j'ai un peu peur que ça occulte le suivi gynéco »

E07 : « Le Gardasil® ça dépend en fait, j'y pense moins (…) »

De plus le vaccin contre l'hépatite B injecté chez les enfants est pour certains incompris. En effet hors population avec comportement à risque ou personnel soignant, ils ne voient pas l'intérêt de cette vaccination.

E11 : « c'est une MST donc tu vois c'est pas comme la méningite (…) j'encourage vraiment les personnes de plus de 18 ans qui ont des rapports sexuels un peu à risque, les homosexuels, mais sinon j'ai du mal à encourager les mamans pour leur bébé alors que c'est une MST (…) »

E12 : « l'hépatite B, bon maintenant on a plus trop le choix vu qu'il est dans l'hexavalent, c'est pas un vaccin que je propose en systématique. Je n'en vois pas forcément l'utilité dès la naissance (…) »

Quant aux vaccins contre la varicelle il n'est pas utilisé sauf cas exceptionnel : contact avec une personne immunodéprimée n'ayant jamais contracté la varicelle, ou contact avec une femme enceinte non immunisée.
Le Rotarix® quant à lui n'est jamais utilisé car les praticiens ont en tête le non remboursement et le risque d'invagination, pour un bénéfice qui leur semble moindre.

E05 : « la varicelle on y pense pour l'entourage des patients immunodéprimés (…) après je le fais pas dans la population générale »

E01 : « alors j'avoue, le vaccin pour la varicelle je le fais pas, je ne propose pas parce que je ne l'ai pas vu trop prescrit »

E12 : « Le Rotarix®, celui-là je l'oublie complétement, il est pas remboursé, il y'a un risque d'invagination, je n'en vois pas l'utilité »

5.2.1.2.1.3 Les façons d'aborder la vaccination en fonction de la population cible

Les médecins déclarent que parler de la vaccination pour les enfants est assez intuitif du fait de la présence du carnet de santé et du calendrier vaccinal qui prévoit à âge fixe les vaccinations.

E02 : « chez l'enfant, on contrôle, ça fait partit des choses qu'on regarde en systématique avec le carnet de santé »

E04 : « chez les enfants c'est plus facile tu as le carnet de santé, tu peux tout marquer dedans (…) »

Cependant chez l'adulte cela est plus aléatoire. En effet la plupart du temps les motifs de consultations sont multiples, les consultations plus longues donc ils estiment avoir peu de temps pour parler de la vaccination.
Certains ont déclaré ne pas y penser assez souvent.
Cependant la plupart des médecins ne parlent de la vaccination que dans des circonstances particulières :

-chutes, plaie pour le tétanos
-arrivée de l'hiver pour la grippe et le pneumocoque
-jeunes parents pour le ROR, coqueluche

Un médecin indique dans son dossier médical la date du prochain rappel vaccinal pour ne pas l'oublier. Et un autre regarde les vaccinations au moment de faire le point sur les dépistages des cancers.

E02 : « pour les adultes, je suis un peu mauvaise, ils ont tellement de problèmes que les consultations sont remplies et on n'y pense pas forcément »

E04 : « c'est un peu au pif en fait, au hasard des situations. Par exemple, le gars est tombé, il a une plaie, ben on pense au tétanos »

E09 : « pour les adultes je suis un peu mauvais, je n'y pense pas et en général se sont les remplaçants qui le font, qui mettent à jour. »

Quelques médecins ont déclaré que le calendrier vaccinal avec les rappels à âge fixe avait quand même simplifié les choses.

E01 : « avec les adultes, avec le nouveau calendrier vaccinal j'avoue que c'est pas mal, on a tendance à plus en parler du fait que ce soit à âge fixe »

E13 : « Mais c'est plutôt la vaccination de l'adulte qui pâtit, qui est oubliée, même si avec le calendrier à âge fixe ça a quand même facilité les choses il faut le dire »

5.2.1.2.2 Des patients

5.2.1.2.2.1 Opinion de plus en plus négative

La quasi-totalité des médecins interrogés ressentent de plus en plus de réticences des patients face à la vaccination. Ils ont l'impression que les gens ont perdu la notion de maladie et de complication de ces maladies que l'on peut éviter avec la vaccination. Certains patients vont chercher l'information sur des forums qui ne sont pas tenus par des personnes travaillant dans le domaine de la santé, et que ces personnes sont du coup fermées à la discussion avec leur médecin à propos de la vaccination.

E04 : « j'ai l'impression qu'on a oublié ce que c'était, que le tétanos tu en meurs et que la polio c'était la génération de nos grands-parents, c'est pas si loin »

E01 : « alors, ils sont persuadés de la bénignité des maladies, je crois que c'est beaucoup ça »

5.2.1.2.2.2 Rôle des médias

Certains médecins déclarent que les médias ont aggravé la situation sur la vaccination en discréditant les compétences des médecins dans ce domaine. Les forums anti vaccins prolifèrent de plus en plus, et contiennent des informations le plus souvent infondées et écrites la plupart du temps par des personnes extérieures au domaine médical ou paramédical.

E13 : « Alors évidemment la presse se fait un grand plaisir de faire parler surtout ceux qui sont opposés à la vaccination, et peu ceux qui sont pour, donc évidemment il y a un déséquilibre médiatique évident »

E09 : « eux l'information c'est les émissions qu'ils voient sur Arté le soir, c'est les médias donc on ne peut pas lutter »

E04 : « je leur dis de regarder des revues médicales et pas le magazine ou le forum où la ménagère va donner son avis »

5.2.1.2.2.3 La peur des adjuvants

Les personnes interrogées parlent de plus en plus de la peur de certains patients pour les adjuvants utilisés dans les vaccins, tels que l'aluminium.

E04 : « quand les gens sont un peu plus au courant c'est une histoire de conservateurs »

E07 : « et maintenant t'as des trucs avec la fasciite à macrophage qui ressort et l'aluminium »

5.2.1.2.2.4 La peur des effets secondaires

Il persiste quand même selon eux, une grande peur des effets secondaires liés à la vaccination, telle que la SEP. La Fasciite à macrophage commence à faire son entrée dans les motifs de refus.

E07 : « il y a eu pendant toute une période le cas de la SEP avec le vaccin de l'hépatite B »

E03 : « la psychose injustifiée sur la SEP, les fasciites, le syndrome à macrophage »

5.2.1.2.2.5 Lobby de l'industrie pharmaceutique

Certains médecins estiment que les patients parlent beaucoup du lobby de l'industrie pharmaceutique, et du fait que les médecins seraient payés par ces industries afin de prescrire un maximum de vaccins.

E08 : « il y a le lobby pharmaceutique, on fait marcher les laboratoires (…) le plus souvent c'est qu'on leur impose (…) ils ne pensent pas du tout à la maladie en elle-même »

E05 : « pour eux on est des corrompus parce qu'on est payé par l'industrie pharmaceutique, on part en vacances grâce à eux. »

5.2.1.2.3 Attitude des médecins face aux refus de vaccination

5.2.1.2.3.1 Nouvelle façon d'aborder la consultation de vaccination

Les médecins déclarent que l'organisation de la vaccination a changé depuis que les refus de vaccination se font de plus en plus fréquents. Leur façon d'aborder la consultation n'est plus la même, une sorte de lassitude s'est installée face aux refus des vaccinations.

E01 : « Au début j'essayais de convaincre et finalement je pense que c'est pas la bonne attitude (…) peut être que dans 10 ans on dira autre chose »

E03 : « ah ben les gens font ce qu'ils veulent. Je propose et ils disposent. Je ne vais pas me battre des heures s'ils ne veulent pas. J'ai quelques cas de polio dans ma patientèle donc je leur sors mes cas de polio, je leur dis comment ça s'est passé, ils sont en fauteuil depuis qu'ils l'ont attrapés il y'a des années. En ce moment je leur parle de la rougeole qui est en train de revenir. Je suis pas à court d'arguments. Et puis je leur dis que le risque de faire une complication du vaccin est beaucoup moins importante que le risque d'attraper la maladie et de faire une complication »

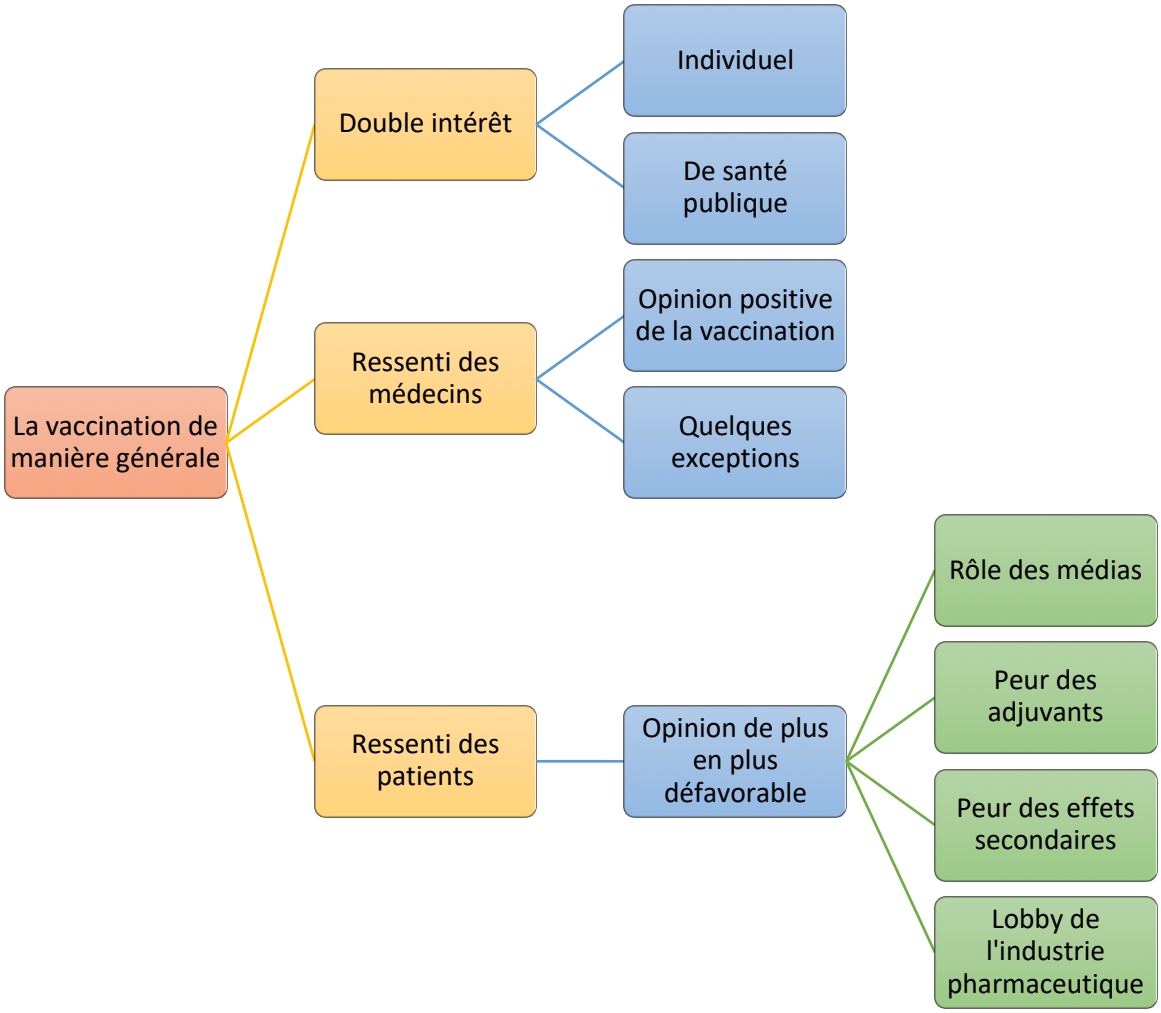
Là encore les avis sont partagés, certains prennent le temps de parler de chaque pathologie et de ses complications, et du bénéfice/risque de chaque vaccin. D'autres déclarent que cela dépend des patients, certains patients sont ouverts à la discussion et d'autres non. De plus en plus de médecins décident de noter dans le dossier médical ou dans les carnets de santé lorsqu'il y'a un refus de vaccination.

E07 : « Ben c'est très compliqué, c'est chronophage. J'ai même eu une rupture de contrat avec une famille parce qu'elle refusait le ROR alors qu'elle était enceinte, et pour moi c'était pas possible je voulais pas voir ça (…) Je donne l'argument du collectif, des maladies anciennes tel que le tétanos qu'on voit plus, la variole. L'impact qu'avait ces maladies avant, et qu'on ne peut pas se permettre d'avoir ces maladies là (…) je passe au-dessus maintenant »

E05 : « alors au début j'étais hors de moi tellement c'est incompréhensible pour moi qu'on ne veuille pas protéger ses enfants en ayant le moyen de le faire.et maintenant voilà j'en parle mais si les gens ne veulent pas j'insiste pas. Je le re-propose régulièrement. Après aussi souvent je le marque dans le carnet et là les parents me disent souvent qu'ils ne veulent pas qu'on le note dans le carnet, ça les culpabilise, alors à ce moment on en rediscute »

Cependant une sorte de lassitude semble s'installer, certains ne prennent plus le temps de parler de cela avec leurs patients, car ils estiment ne pas arriver à les convaincre et du coup perdre du temps lors de leurs consultations. Certains médecins décident même de ne plus suivre les patients anti-vaccins car ils considèrent que si ces derniers ne sont pas d'accord avec leur offre de soin, et qu'un autre médecin traitant sera plus à même à répondre à leurs attentes.

E07 : « je tolère de moins en moins en fait. Au début je reprenais tous les effets indésirables, tout l'intérêt des vaccinations. Après je me suis dit je vais essayer une autre technique en reprenant à l'envers, en leur demandant ce qui leur fait peur pour essayer de répondre à leurs questions. (…) Je leur dis qu'ici on vaccine et que s'ils ne veulent pas se faire vacciner il faut qu'ils changent de médecin »



5.2.2 Le zona

5.2.2.1 Retentissement de la maladie

5.2.2.1.1 Peu fréquente

La majorité des médecins considère que le zona est une pathologie qu'ils ne voient pas fréquemment dans leur pratique quotidienne, les chiffres approximatifs allant de 2 à 12 cas de zona par an.

E07 : « j'en ai pas eu beaucoup, j'ai eu un cas ou deux »

E04 : « ben pas tant que ça, je dirais entre 5 et 10 cas par an »

E11 : « Je dirais une dizaine en 3 ans, donc j'en ai pas beaucoup. C'est assez rare en fait le zona »

5.2.2.1.2 Douloureuse

Tous les médecins sont d'accord pour dire que c'est une maladie douloureuse, les gens consultent le plus souvent pour des douleurs inexpliquées et l'éruption n'apparait que quelques jours plus tard.

E11 : « La plupart du temps ils viennent pour des douleurs et je suis pas du tout sûr que ça va être un zona… »

E06 : « elle est venue initialement avec des douleurs de l'épaule (…) et finalement quelques jours après il y a eu les vésicules et elle a fait un énorme zona »

E01 : « Alors pour moi le zona ça fait mal … »

5.2.2.1.3 Bénigne

Tous, à part un médecin, m'ont déclaré que cette maladie était bénigne, qu'hormis les douleurs il n'y avait pas de complication de la maladie.

E02 : « je n'ai jamais eu d'hospitalisation sur un zona ou de décès »

E03 : « non jamais, à l'heure d'aujourd'hui je n'ai jamais rencontré de problème avec le zona. Mes patients s'en sont très bien remis, il n'y a jamais eu de complication, de douleur impossible à traiter »

E13 : « Alors le zona ça peut être une pathologie complétement bénigne »

Les médecins estiment tous que ce sont les douleurs le symptôme prédominant dans la maladie, que celles-ci sont gênantes dans les premières semaines mais qu'ensuite les patients guérissent facilement sauf cas exceptionnel.

E14 : « Ben ça représente une pathologie avec quand même des douleurs qui peuvent être invalidantes »

E09 : « j'ai eu un cas compliqué seulement ça a duré 3 mois, de douleurs post-zostériennes classiques. J'ai pas eu de zona qui déclenchait une mortalité rapide derrière »

Un seul médecin a évoqué le fait que cette maladie pouvait engendrer des complications, et des décès

E10 : « une personne âgée que j'ai eu (…) qui a fait son zona suite à l'annonce du cancer de son fils, et 6 mois plus tard elle était morte. C'est un drame chez la personne âgée, ça les fait mourir, ça les fait devenir grabataires. Donc ça c'est une maladie grave, importante dont il ne faut pas négliger l'impact physique, de dénutrition derrière »

5.2.2.1.4 Les sujets immunodéprimés

Quelques médecins ont évoqué le fait que le zona était peut-être plus présent chez les sujets immunodéprimés, ou plus à risque de complications.

E13 : « mais dans certains cas notamment les zonas ophtalmiques ou les immunodéprimés ça donne des douleurs post-zostériennes »

E12 : « Je trouve que ça ne touche pas forcément les personnes âgées, mais plus les personnes fragiles, fatiguées, en état d'immunodépression »

5.2.2.1.5 Difficultés rencontrées

Certains médecins ont affirmé rencontrer des difficultés de prise en charge de cette pathologie, dont l'évolution est variable, notamment des difficultés de prise en charge de la douleur.

E06 : « on peut pas du tout prévoir l'évolution et c'est ça qui est difficile dans cette maladie »

E08 : « Ben c'est compliqué, ils reviennent souvent, il y'a des antalgiques qu'il faut réadapter, donc oui c'est des consultations compliquées »

5.2.2.2 Névralgies post-zostériennes

5.2.2.2.1 Incidence

L'incidence des NPZ semble être aléatoire selon les médecins.

E07 : « le plus embêtant c'est les douleurs post-zostériennes voilà, après j'en ai pas eu beaucoup moi j'ai eu un cas ou 2 »

E01 : « j'ai pas eu de cas de douleurs post-zostériennes moi de mon côté »

E06 : « c'est un vrai problème parce que les algies post-zostériennes c'est bien 25% des cas »

5.2.2.2.2 Durée

Là encore l'évolution est aléatoire selon les déclarations des médecins.

E14 : « Alors c'est très variable, j'ai eu des personnes chez qui ça a duré des années et d'autres que quelques semaines »

E08 : « je repense à une patiente qui a eu des douleurs à vie (…) sinon en gros ça dure entre 4 et 6 mois »

E05 : « Moi j'ai eu des cas qui durent 15 jours, un mois maxi, mais en général ça passe rapidement »

5.2.2.2.3 Retentissement sur la personne âgée

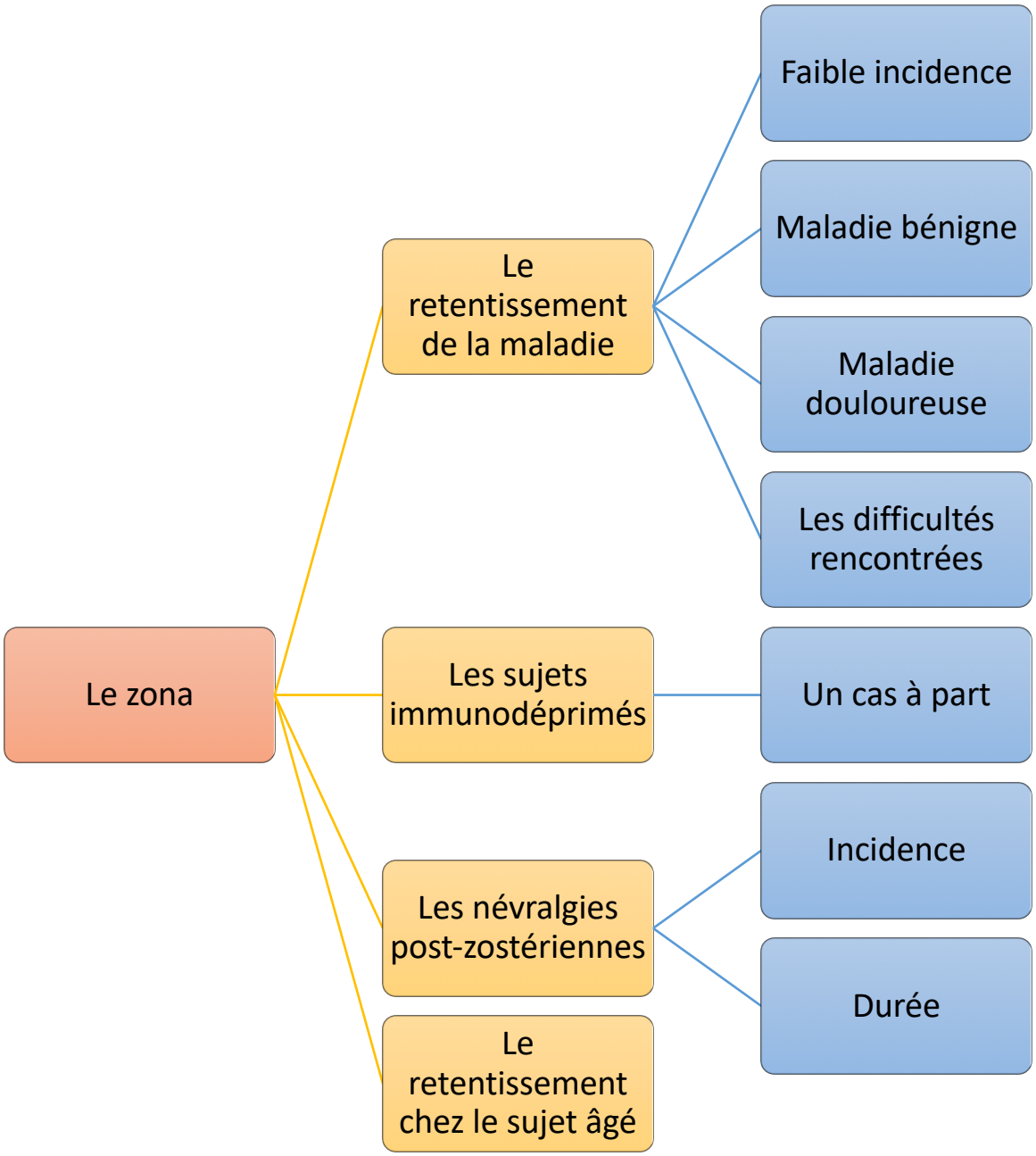
Plusieurs médecins ont annoncé que le zona était plus étendu, et plus à risque de douleurs post-zostériennes chez les sujets âgés.

E08 : « C'est plus cogné chez les sujets âgés, les douleurs sont plus importantes et le zona est beaucoup plus étendu »

E07 : « ben les douleurs post-zostériennes elles sont plus présentes chez le sujet âgé quand même »

De plus les traitements antalgiques, comme les neuroleptiques sont souvent mal tolérés par les sujets âgés.

E04 : « les traitements antalgiques il y a pas mal de iatrogènie, ils ont du mal quoi »


Le zona
Le retentissement de la maladie
Faible incidence
Maladie bénigne
Maladie douloureuse
Les difficultés rencontrées
Les sujets immunodéprimés
Un cas à part
Les névralgies post-zostériennes
Incidence
Durée
Le retentissement chez le sujet âgé

5.2.3 Le vaccin contre le zona

5.2.3.1 Point de vue des médecins

5.2.3.1.1 Avis partagés

L'avis des médecins interrogés sur ce vaccin est plutôt partagé. Certains n'en voit pas l'utilité, d'autres déclarent que ce vaccin peut être utilisé mais ne l'utilise pas, tandis que d'autres l'utilisent dans leur pratique courante.

E07 : « je pense que c'est une très bonne idée. Après moi je ne l'ai jamais fait »

E10 : « Oui, je vaccine les gens moi »

E11 : « Ben je pense que c'est très bien. Je l'ai pas marqué beaucoup de fois »

E03 : « Aucun intérêt, je ne l'ai jamais prescrit »

Sur les 14 médecins interrogés, un seul médecin l'utilise dans sa pratique courante, 3 commencent à l'utiliser progressivement et les 10 autres ne le prescrivent pas du tout.

5.2.3.1.2 Moyens d'informations de l'existence du vaccin

L'information de l'existence de ce vaccin a été reçue de diverses manières.
Certains médecins ont été informés par des délégués médicaux, d'autres l'ont vu dans le calendrier vaccinal, d'autres ont pu lire des articles sur les revues médicales ou lors de congrès de médecine générale.

E09 : « les labos, les délégués médicaux qui passent dans le cabinet »

E07 : « A preuves et pratiques la formation médicale une fois par an. On avait eu un topo sur les vaccins et sur celui-là »

E14 : « Alors par la revue médicale d'information « prescrire », et par les représentants médicaux. »

E12 : « : Je l'ai vu au moment où ils ont sorti le nouveau calendrier vaccinal mais j'ai pas spécialement lu dessus »

5.2.3.1.3 Les freins à la prescription du vaccin

5.2.3.1.3.1 Manque d'efficacité

Plusieurs médecins ne voient pas ce que la vaccination va apporter comme bénéfice aux patients, ils semblent peu convaincus de l'utilité réelle de ce vaccin et de son efficacité.

E14 : « Je suis pas encore convaincue qu'il serve à quelque chose »

E03 : « Aucun intérêt, je ne l'ai jamais prescrit. (…) A partir du moment où je ne vois pas ce qu'il peut apporter au niveau médical je vais pas le prescrire »

5.2.3.1.3.2 Oubli de la part des médecins

Quelques médecins déclarent oublier de prescrire ce vaccin, qui est encore considéré comme récent et qui n'est pas encore entré dans la pratique courante des médecins généralistes.

E13 : « Alors c'est surtout le fait que j'y pense pas, si il y en a un que j'oublie c'est celui-là »

5.2.3.1.3.3 Faible incidence du zona

Un médecin pense que le frein à la prescription de ce vaccin est lié au fait que le zona est une maladie peu fréquente.

E01 : « mon seul frein c'est que c'est pas si fréquent que ça voilà »

E14 : « Et puis j'en vois pas beaucoup des zonas, si j'en voyais plus peut-être que je m'y mettrais »

5.2.3.1.3.4 Maladie bénigne

Le fait que cette maladie soit souvent considérée comme bénigne freine la vaccination. Quelques médecins ne voient l'utilité de la vaccination que pour les maladies avec risques de complications et décès à court terme et non pour des pathologies telles que le zona. Le vaccin Zostavax® semble être considéré comme un vaccin de confort.

E02 : « pour moi le zona ça peut avoir des séquelles de douleurs, mais pas des séquelles handicapantes par la suite comme des problèmes de personnalité dans les cas de méningite. La méningite me fait plus peur, ça m'interpelle plus. Le zona m'interpelle pas énormément, on les voit pas tant que ça et on ne voit pas les complications (…) je pense que c'est un vaccin de confort »

E04 : « si tout d'un coup je voyais mes 5 prochains patients hyper algiques pendant 2 ans, la mamie qui mange plus et qui perd toute son autonomie peut être que je me dirais je le fais »

E14 : « pour moi je ne vois pas trop de complications donc peu d'intérêt de ce vaccin comparé à une méningite »

5.2.3.1.3.5 Manque d'intérêt des médecins à s'informer

Il semblerait, que la majorité des médecins interrogés n'aille pas à la recherche de l'information concernant ce vaccin. La plupart n'en connaissent pas les modalités de prescription. Certains médecins n'en connaissent pas les bénéfices de ce vaccin, ni même son nom.

E12 : « je ne me suis pas formée dessus en fait. (…) Le manque d'information et de formation sur ce vaccin. Je saurais pas le prescrire »

E05 : « j'avoue que pour ce vaccin le mécanisme m'échappe (…) je connais pas sa forme, son nom, j'ai pas d'information suffisante pour le prescrire »

E09 : « Après je ne connais pas du tout parce que je le propose pas donc je cherche pas l'information. »

5.2.3.1.3.6 Notion de priorité vaccinale

Certains médecins ont mis l'accent sur la notion de priorité vaccinale. Certains vaccins leurs semblent avoir plus d'intérêt comme le rattrapage de la diphtérie-tétanos-polio à l'âge de 65 ans et plus, les vaccins contre le pneumocoque ou encore la grippe. Cette priorité est pour eux justifiée.

E07 : « si déjà c'est compliqué pour la grippe avec celui-là ça va être compliqué, et je préfère avoir une couverture vaccinale complète pour la grippe que pour celui-là pour l'instant »

E04 : « dans ce créneau d'âge je préfère les vacciner contre le pneumocoque que contre le zona »

5.2.3.1.3.7 Manque de temps au cours des consultations

Certains médecins estiment qu'à cet âge-là, les motifs de consultations sont multiples, il existe souvent plusieurs pathologies chroniques, cela leur laisse donc peu de temps pour parler de la vaccination.

E02 : « Ils ont tellement de problème que les consultations sont remplies et on n'y pense pas forcément. Je ne suis pas très sérieuse pour ça chez l'adulte. Ça rajoute du temps de consultation et on n'a pas le temps »

E01 : « C'est pas forcément facile, si on est sur une consultation où il y'a déjà 4 motifs de consultations (…) le temps nous est limité »

5.2.3.1.3.8 Absence de recul face aux effets secondaires

Quelques médecins ont évoqué le fait de ne pas savoir si ce vaccin engendre des effets secondaires notables, ils pensent que nous manquons de recul face à cela.

E05 : « Je dirais les effets secondaires, comme c'est un vaccin vivant, voilà s'il y avait une réactivation ou des éruptions qui arrivaient après le vaccin (…) il faudrait que j'aie ce retour-là. »

5.2.3.1.3.9 Problème d'âge vaccinal

Un des médecins interrogés a déclaré que selon lui l'âge de vaccination fixé sur le calendrier vaccinal était trop tôt.

E04 : « pour moi l'indication médicale elle est trop tôt. 65 ans c'est encore hyper jeune (…) Après c'est sûr que c'est ambivalent, ceux qui sont en bonne forme je me dis qu'il faut qu'ils restent comme ça. »

5.2.3.1.3.10 Prix du vaccin

Un des médecins m'a fait part du prix élevé de ce vaccin, et du fait que ce prix rentrerait en compte dans ces freins à la prescription du Zostavax®.

E03 : « Le prix. Pour moi il est là pour des raisons commerciales aujourd'hui »

5.2.3.1.3.11 Avis peu favorable des revues médicales

Certains ont évoqué le fait que les revues médicales auxquelles il sont abonnés tel que «Prescrire ®» donnent un avis peu favorable à cette vaccination, en faisant un rapport qualifiant d'intérêt très modéré la vaccination contre le zona.

E04 : « Je me dis que vu l'intensité potentielle de cette pathologie c'est intéressant puis tu lis certains trucs comme dans Prescrire® qui te casse un peu le truc en disant que l'apport est modéré donc t'as pas envie de le prescrire »

E03 : « En plus dans les revues médicales ils sont pas hyper favorables pour ce vaccin »

5.2.3.1.3.12 Vaccin peu suivi par les hospitaliers

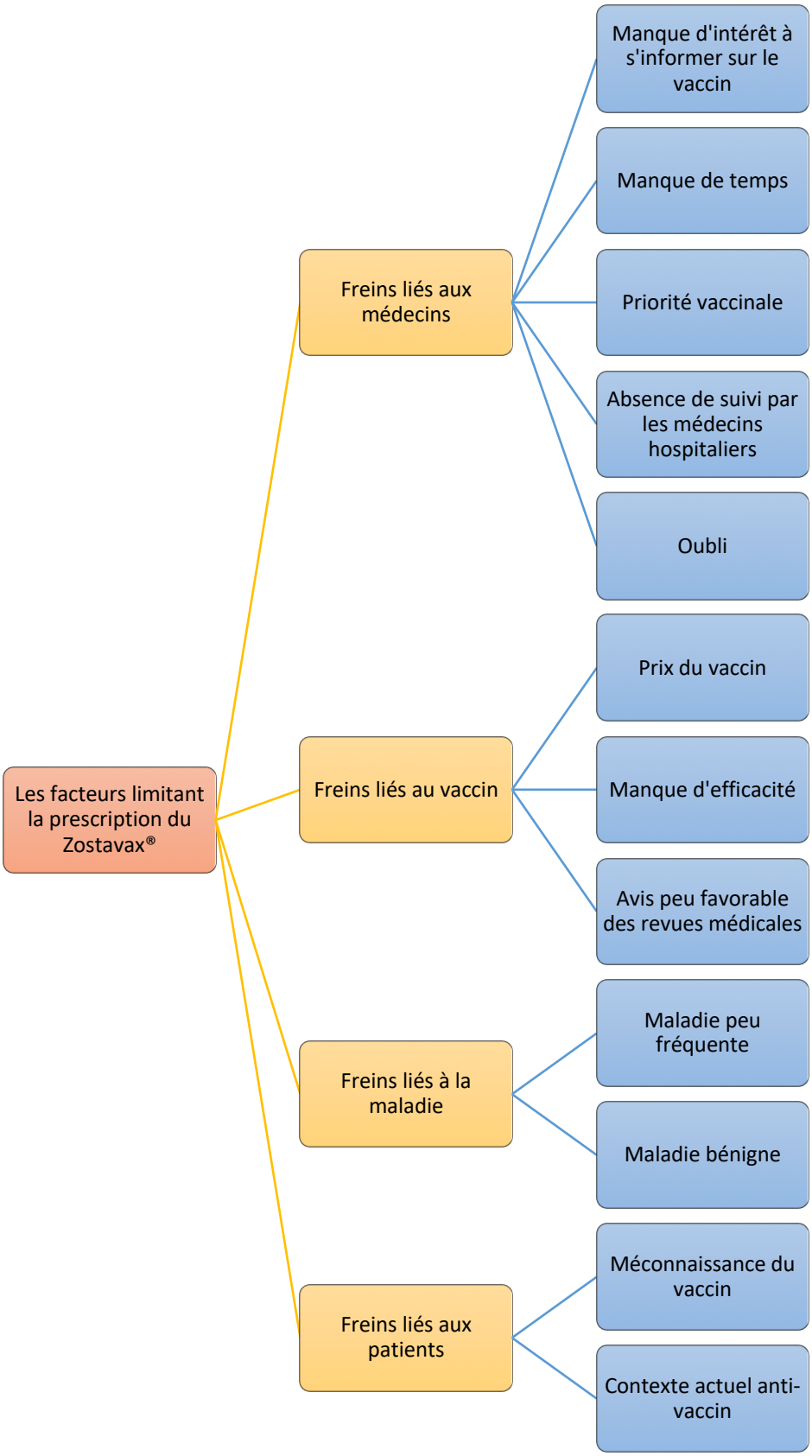
Deux médecins ont déclaré que si les hospitaliers et plus particulièrement les gériatres se mettaient à le prescrire cela leur montrerait l'intérêt de ce vaccin et ils se mettraient donc à le prescrire, or la vaccination n'est pas vraiment suivie non plus sur les centres hospitaliers universitaires.

E05 : « Si en gériatrie au CHU ils se mettaient à le faire et bien ça inaugurerait un peu. Moi j'ai tendance à suivre les hospitaliers, je me dis qu'eux ils sont toujours au courant des dernières études, et de ce qui est bien, en général ils sont assez réfléchis et pas influencés par les labos (…) Et à ce jour je n'ai jamais vu de patients sortir de l'hôpital avec ce vaccin »

5.2.3.1.3.13 Freins liés aux patients

Certains ont déclaré avoir déjà du mal à vacciner les patients pour des vaccins qui leur semble plus important, donc certains n'ont plus envie de devoir prendre du temps et négocier la vaccination.

E06 : « C'est un truc supplémentaire qu'il faut plaider, et face à la suspicion des gens j'ai pas envie quoi (…) j'en ai marre de me battre pour ça »


Les facteurs limitant la prescription du Zostavax®
Freins liés aux médecins
Manque d'intérêt à s'informer sur le vaccin
Manque de temps
Priorité vaccinale
Absence de suivi par les médecins hospitaliers
Oubli
Freins liés au vaccin
Prix du vaccin
Manque d'efficacité
Avis peu favorable des revues médicales
Freins liés à la maladie
Maladie peu fréquente
Maladie bénigne
Freins liés aux patients
Méconnaissance du vaccin
Contexte actuel anti-vaccin

5.2.3.1.4 Facteurs favorisant la prescription

5.2.3.1.4.1 Impact sur les névralgies post-zostériennes

Le facteur favorisant à la prescription de ce vaccin qui ressort le plus dans les entretiens est le fait que ce vaccin peut diminuer l'incidence, l'intensité et la durée des NPZ. Cela peut améliorer la qualité de vie des patients atteints, les médecins en sont conscients. Cependant ce n'est pas parce qu'ils disent que cela serait une bonne chose pour diminuer les douleurs qu'ils prescrivent cependant ce vaccin.

E13 : « Alors moi oui j'en parle quand j'y pense, parce que je pense que ça diminue les douleurs post-zostériennes, et que ces douleurs peuvent être quand même compliquées à gérer »

E11 : « Ben les douleurs…les douleurs chez la personne âgée ça peut la faire décompenser sur tous les plans, ça fatigue »

E04 : « Ben je pense que personne n'a envie d'avoir un zona, c'est peut-être ça qui me ferait le prescrire, parce que ça fait quand même mal et que c'est rigolo pour personne »

5.2.3.1.4.2 Patients immunodéprimés

En demandant aux médecins ce qui leur ferait prescrire ce vaccin, quelques-uns m'ont parlé du cas des patients immunodéprimés et du risque de zona compliqué, avec de fortes névralgies post-zostériennes ou des complications cutanées. Pour eux la vaccination contre le zona serait utile avant une chimiothérapie ou un traitement immunosuppresseur.

E02 : « Les baisses immunitaires, parce que c'est là que ça peut être grave, les zonas ophtalmiques etc en complications. Donc les patients à risque au niveau immunitaire comme les cancers, les maladies auto-immunes. Qu'ils vaccinent avant la chimiothérapie »

E05 : « en rhumatologie, oncologie quand ils commencent un traitement qui peut atteindre l'intégrité physique et morale, tu peux te dire que quand même c'est souvent après des traitements comme ça qu'ils peuvent faire un zona donc ils devraient le faire »

E09 : « Peut-être chez les patients à risque immunitaire mais il faut que ce soit protocolisé. A l'hôpital ils commencent à nous le mettre dans les courriers de sortie, de faire ce vaccin avant la chimiothérapie par exemple, c'est une bonne démarche »

5.2.3.1.4.3 Son entrée sur le calendrier vaccinal

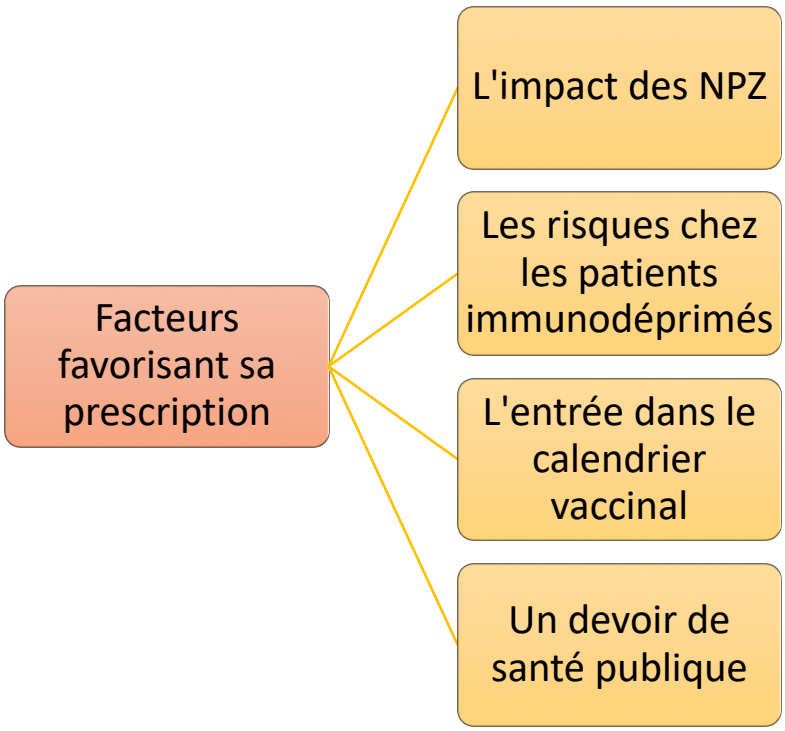
Un des médecins m'a révélé que le fait qu'il soit entré dans le calendrier vaccinal depuis 2017 était un facteur favorisant sa prescription.

E08 : « Ben le fait qu'il soit inscrit dans le calendrier vaccinal et pour le confort de vie des personnes âgées. Le fait qu'il soit inscrit dans le calendrier vaccinal ça facilite les choses, parce que j'y pense moi et je peux le montrer aux patients »

5.2.3.1.4.4 Devoir de santé publique

Le fait que la vaccination soit reconnue comme une avancée dans le domaine de la santé publique a fait penser à certains médecins que ce vaccin peut être considéré de la même manière.

E06 : « L'idée c'est que c'est quelque chose de santé publique. Mon rôle c'est d'améliorer la santé publique. »



5.2.3.1.5 Comment améliorer sa prescription : l'avis des médecins

5.2.3.1.5.1 Campagne grand public

Les médecins sont à la grande majorité d'accord pour dire qu'une campagne d'informations grand public serait bénéfique pour booster la prescription du vaccin Zostavax®. Cela permettrait de sensibiliser la population qui viendrait par la suite en parler à leur médecin pour avoir des informations supplémentaires.
A ce jour les campagnes grand public ont eu un effet bénéfique sur la pratique médicale, comme celle informant sur le fait que les antibiotiques ne sont pas automatiques.

E13 : « Alors je pense qu'il faut en parler plus, il faut une campagne publicitaire pour la population. Un peu comme 'les antibiotiques c'est pas automatique' ça nous a franchement bien aidé. Une campagne de vaccination grand public, pour expliquer le zona et sa vaccination, comme ça les gens viendraient nous en parler »

E01 : « campagne grand public, y'a que ça qui marche. Parce que nous médecins derrière notre bureau on n'y arrive pas (…) on a pas l'impact que peuvent avoir les informations qui passent dans les médias, sous réserve que ce soit bien fait bien sur »

E06 : « Campagne de presse grand public je pense. Parce que nous l'énergie qu'on va dépenser à en parler est minime face à un spot publicitaire de 15 secondes »

5.2.3.1.5.2 Rendre obligatoire le vaccin

Deux médecins considèrent que le seul moyen d'augmenter la couverture vaccinale contre le zona serait de rendre ce vaccin obligatoire.

E11 : « je pense que tant que nous aurons des pouvoir politiques qui ne le rendront pas obligatoire parce que les gens sont trop bêtes on avancera pas. Internet est surpuissant de nos jours, la difficulté elle est là. Il faudrait que ça devienne obligatoire comme en Angleterre »

E12 : « en le rendant obligatoire je pense »

5.2.3.1.5.3 Rôle de l'assurance maladie

Certains estiment que l'assurance maladie pourrait avoir un rôle à jouer, en envoyant des courriers aux patients et aux médecins afin de les informer de cette vaccination possible.

E12 : « ils pourraient avoir un rôle auprès des médecins en informant plus et auprès des patients de la même manière que pour les dépistages, en envoyant des informations sur ce vaccin »

E07 : « Que la sécu envoie un papier aux patients de 65 à 74 ans comme la grippe finalement, et avec un courrier d'information. Là je pense que les gens regarderaient et viendraient en parler au médecin (…) ils vont se poser la question et en parler avec nous (…) c'est comme l'hémocult et les mammo ils viennent directement »

5.2.3.1.5.4 Preuves de son efficacité

Deux médecins pensent qu'il faut laisser un peu de temps à ce vaccin pour démontrer les preuves de son efficacité et de son importance dans la prévention.

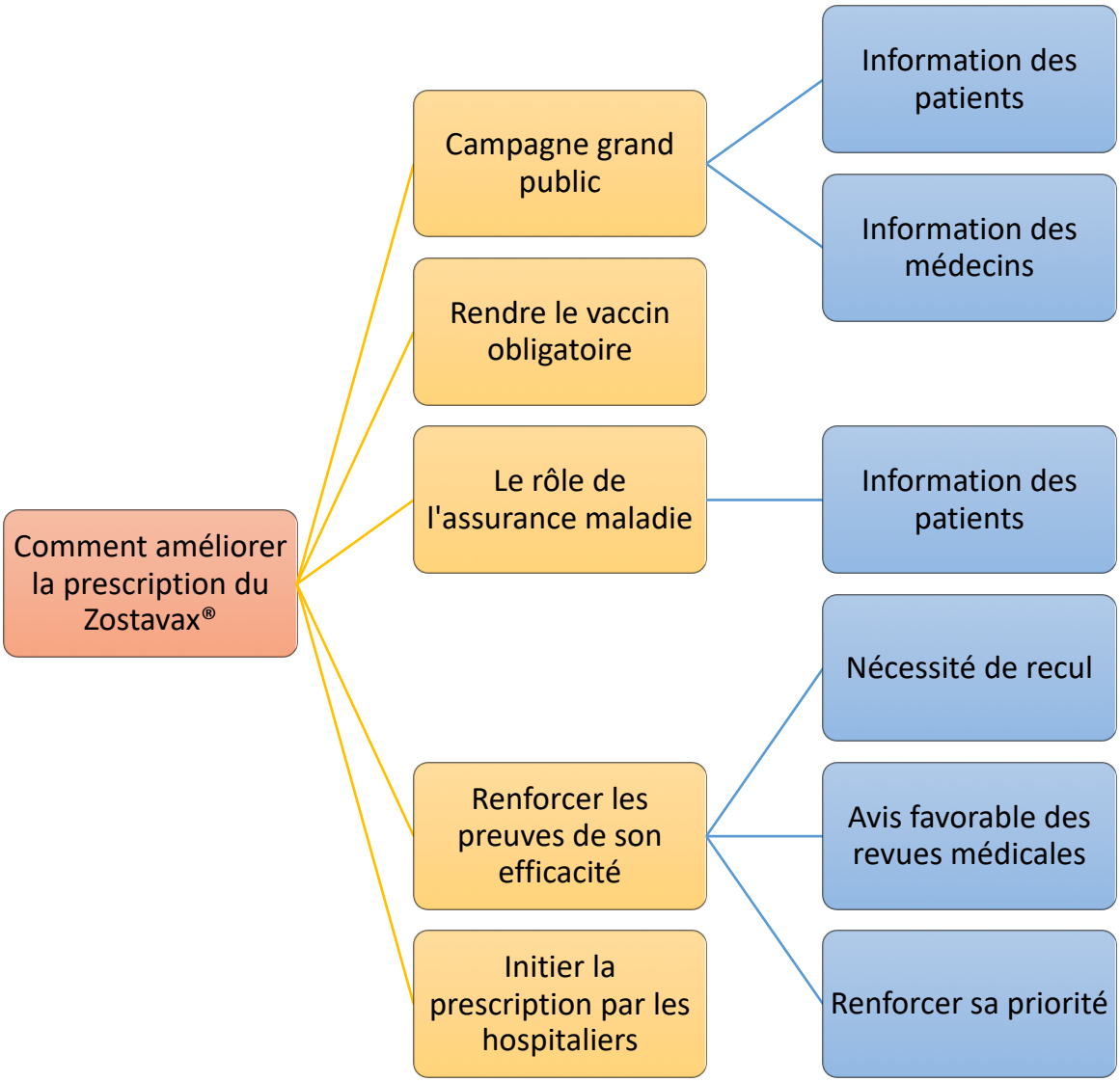
E02 : « Le jour où ce sera une priorité, où on nous dira qu'il faut le faire. Il faut qu'il soit préconisé franchement. Je ne peux pas préconiser quelque chose si je ne suis pas convaincue de son utilité, de son efficacité pour la personne ciblée (…) Pour l'instant on ne nous a pas dit à nous médecin que celui-là était important »

E14 : « D'abord il faut voir s'il est si intéressant que ça. Parce que dans 'Prescrire®' ils en parlent pas forcément en bien. Après je sais pas il faut peut-être laisser le temps »

5.2.3.1.5.5 Initier la prescription par les hospitaliers

Un des médecins m'a déclaré que si les médecins hospitaliers se mettaient à le faire, potentiellement les médecins généralistes suivraient le mouvement.

E05 : « Qu'il soit fait chez les hospitaliers, par exemple en cancérologie avant un traitement lourd de chimiothérapie. Voilà il suffirait qu'il y ait quelques médecins reconnus pour suivre les recommandations, qui le prescriraient de manière régulière et on suivrait »


Comment améliorer la prescription du Zostavax®
Campagne grand public
Information des patients
Information des médecins
Rendre le vaccin obligatoire
Le rôle de l'assurance maladie
Information des patients
Renforcer les preuves de son efficacité
Nécessité de recul
Avis favorable des revues médicales
Renforcer sa priorité
Initier la prescription par les hospitaliers

6 Discussion

6.1 Discussion des résultats

L'objectif de cette étude était de déterminer quels étaient les facteurs favorisant et limitant la prescription du Zostavax® par les médecins généralistes du Gard et de l'Hérault, et d'objectiver les manières d'augmenter sa prescription. Tout ceci en prenant leur opinion sur la vaccination de manière générale, et leur représentation du zona.

Une étude qualitative avec des entretiens semi dirigés a donc été réalisée, afin d'apporter le plus de réponses possibles aux questions. Ces entretiens ont été réalisés chez des médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le Gard et l'Hérault.

Comme attendu, ce vaccin s'est révélé peu prescrit par les médecins généralistes, seulement un médecin le prescrit de manière courante pour les patients de 65 à 74 ans, 3 médecins commencent à le prescrire quand ils y pensent, et les 10 autres médecins ne l'ont jamais prescrit. Ce qui concorde avec les chiffres de MSD vaccin France, qui révèle que la couverture vaccinale pour le Zostavax® est inférieure à 1% en France. (44)

6.1.1 La vaccination un enjeu de santé publique

La vaccination est considérée comme un enjeu de santé publique qui permet une couverture individuelle mais aussi collective. Elle permet ainsi d'éradiquer certaines maladies comme la variole ou encore de limiter les complications des maladies infectieuses. Ceci concorde avec les chiffres de l'OMS qui indiquent que 2 à 3 millions de décès seraient évités par an. (1)

6.1.2 L'avis des médecins

Ce qui ressort de cette étude c'est que les médecins généralistes sont favorables à la vaccination de manière générale comme cela a été démontré dans d'autres études. (16)
Cependant leurs avis divergent selon le type de vaccination. Si les vaccinations obligatoires sont acceptées à 100%, leurs avis sont partagés pour la vaccination contre l'hépatite B, l'HPV. Certains médecins ont des craintes quant au suivi gynécologique des patientes se faisant vacciner contre l'HPV même s'ils ont conscience de l'efficacité de ce vaccin. Ceci est aussi le cas dans une étude réalisée en Rhône-Alpes, où 90,4% des médecins s'avouaient favorable à cette vaccination, cependant un médecin sur les 47 interrogé craignait une baisse de la pratique du

frottis cervico utérin. .(47) Il en est de même pour une étude réalisée à Besançon où 77,1% des médecins généralistes sont pour la vaccination anti-HPV, cependant dans les obstacles à la vaccination il ressort aussi une crainte de la négligence du frottis cervico-utérin. (48)
Concernant l'hépatite B, certains médecins considèrent que ce vaccin est peu adapté aux enfants en bas âge, mais plus adapté pour le personnel médical et paramédical ou les sujets à risques. (49)
Concernant la vaccination contre la varicelle, aucun ne le prescrit, sauf certaines personnes lors de cas exceptionnels, il en est de même pour le rotavirus. (10)
Les vaccins contre le ROR ou la méningite sont quant à eux recommandés par tous les médecins, qui sont quelques fois confrontés aux refus des patients, tout comme pour le vaccin contre l'hépatite B.
Ceci se fait ressentir dans les chiffres de couvertures vaccinales de l'INVS. (9), (10)
En 2009 selon une étude faite par l'INPES, 97% des médecins étaient favorables à la vaccination, ce chiffre n'a pas changé, car une étude faite en 2015 par DRESS retrouve le même chiffre. (50)

6.1.3 L'avis des patients

Du côté des patients, depuis les scandales multiples en termes de thérapeutique et de vaccination comme ceux du vaccin contre H1N1, ou des maladies auto-immunes dans le vaccin contre l'hépatite B, de la fasciite à macrophage, les adjuvants, une méfiance s'est installée entrainant une baisse de la couverture vaccinale. (9), (49), (51)
Avant ces scandales certains médecins ont déclaré que les patients faisaient une confiance totale envers leur médecin, ce qui n'est plus forcément le cas de nos jours.
L'arrivée de forums, ou les reportages faits par les médias ont permis de creuser de plus en plus le fossé dans la relation de confiance médecin-patient, ce qui rend certaines fois les consultations difficiles.
Le lobby pharmaceutique est très présent dans l'esprit des patients.
Les patients semblent avoir oublié la gravité des maladies infectieuses dans une société où elles ont largement disparu et cela en partie grâce aux vaccins. Des maladies comme la rougeole, leurs semblent n'être que des maladies infantiles bénignes. Ils n'ont pas conscience des risques de complications de cette maladie qui fait pourtant à l'heure actuelle encore des décès en France.
Concernant le vaccin contre l'hépatite B ils ne perçoivent que le risque de sclérose en plaque largement relaté par les médias, mais n'ont pas conscience des risques de cancer hépatique en cas de contamination par le virus.

Les Français ont perdu la notion de gravité de ces maladies infectieuses du fait probablement d'une mauvaise information ou d'un manque d'information.
Cette situation peut donc mèner à une attention particulière portée aux effets indésirables de la vaccination et même une dévalorisation des bénéfices en l'absence de risque infectieux visible. Ceci a pu être largement démontré à travers diverses études. (52)
Cette étude a permis de démontrer que dans une démarche de santé publique les médecins considèrent encore qu'il est important d'informer leurs patients sur la vaccination de manière générale. Ils essayent encore de leur parler des bénéfices et risques de chacun des vaccins et des risques des maladies, mais une lassitude semble s'installer progressivement. Certains médecins n'hésitent plus à noter les refus de vaccination dans les carnets de santé de peur d'avoir des plaintes par la suite.
La consultation de vaccination a quelque peu changé depuis quelques années suite à ces changements de mentalité face à la vaccination.

6.1.4 Le zona

6.1.4.1 Maladie peu fréquente et bénigne

Cette étude a permis de déterminer que les médecins considèrent le zona comme une maladie peu fréquente. Ils ne voient que 2 à 12 cas par an. De plus pour eux cette pathologie est considérée comme bénigne.
Seulement un médecin décrit le zona comme « la mort », avec une dégradation rapide de l'état général, une anorexie, une dépression et finalement un décès rapide chez les personnes âgées.
Un autre médecin a déclaré avoir eu une fois un cas de zona pris en charge trop tard et ayant conduit à des lésions cutanées nécrotiques, entrainant une prise en charge lourde, mais sans décès de la patiente.
Cette méconnaissance des complications potentielles liées à cette maladie peut constituer un frein à la vaccination.

Les autres médecins ont déclaré ne pas avoir vraiment de complications de cette pathologie hormis des douleurs post-zostériennes qu'ils ne considèrent pas vraiment comme une complication.
Ces douleurs post-zostériennes durent le plus souvent quelques semaines, et sont faciles à traiter selon eux, même si parfois cela nécessite quelques ajustements des thérapeutiques antalgiques.

Dans de très rare cas, les douleurs durent plusieurs mois voire quelques années, et les traitements antalgiques sont difficiles à équilibrer.
Ils estiment cependant que chez les sujets âgés souvent les douleurs sont plus intenses et durent plus longtemps, sans avoir de chiffre précis.
Le point difficile de cette pathologie selon certains médecins est le fait que les traitements antalgiques utilisés pour les douleurs neuropathiques aient des effets secondaires non négligeables sur les sujets âgés, tel que des troubles de l'attention, des chutes et donc potentiellement des fractures avec par la suite les difficultés que cela peut représenter à cet âge.
Selon eux les cas de zona compliqués ne sont présents que chez les patients immunodéprimés (cancers, maladies auto-immunes, VIH). A leurs yeux ces patients mériteraient une vaccination avant la mise en route de leur chimiothérapie ou de leur traitement immunosuppresseur.
Ceci est en contradiction avec les données du réseau sentinelle qui fait état d'une pathologie fréquente qui touche 4,13 personnes pour 1000 habitants en 2017. De plus certaines études démontrent que l'incidence augmente du fait du vieillissement de la population. (21)
Cependant le fait que les médecins de cette étude soulignent l'impact important de l'immunodépression tant sur l'incidence que sur les complications de cette maladie nous rapprochent des différentes études qui relatent les mêmes données. (22), (23)

6.1.5 Le vaccin contre le zona

6.1.5.1 Les freins à sa prescription

Ce qu'il ressort principalement de cette étude c'est le peu d'intérêt que portent les médecins généralistes pour le vaccin contre le zona.
Leur vision du zona comme étant une maladie peu fréquente et peu à risque de complication est le frein principal à sa prescription. Il est considéré comme un vaccin de confort.
Un étude Coréenne démontre les même résultats, 20,9% des médecins ne recommandent pas la vaccination contre le zona car ils ne perçoivent pas les complications comme sévères. (53)
Si à ce jour la plupart des médecins ont un avis favorable sur cette vaccination, ils sont cependant dubitatifs sur son intérêt et sur ses bénéfices.

Peu de médecins ont reçu une information claire et complète concernant ce vaccin, et la plupart d'entre eux ne vont pas chercher l'information manquante. Certains ne sont pas au courant du nom de ce vaccin, d'autres ne connaissent pas les contres indications, ou encore la population cible.

Si presque tous les médecins inclus dans cette étude ont conscience que ce vaccin peut faire baisser l'incidence du zona et l'incidence des NPZ, le manque de connaissance quant à son mode de prescription et les visions de cette maladie font que ce vaccin est perçu comme insuffisamment efficace et peu utile actuellement. (54)
Il existe à ce jour un manque de motivation des médecins à s'informer sur de nouvelles molécules soit par manque de temps soit par manque d'intérêt envers les nouvelles thérapies.
De plus les quelques médecins qui se forment avec des revues médicales tel que Prescrire®, ont pu lire des articles ne donnant qu'un avis modéré pour ce vaccin.
Au moment des interrogatoires, beaucoup de médecins se posaient des questions quant aux modalités de vaccination, à savoir s'il était possible de vacciner des gens ayant déjà eu un zona, à quel âge nous pouvions vacciner nos patients, le taux de remboursement etc.
Finalement leurs questionnements ne les poussaient pas à aller chercher l'information pour autant. Suite aux entretiens des informations étaient données aux médecins le désirant sur ces modalités de prescription du Zostavax®.

De nos jours les recommandations évoluent, de nouvelles thérapeutiques, de nouveaux vaccins arrivent, il est donc nécessaire de continuer à se former sans cesse.
Selon la loi, il existe une obligation légale de FMC. Obligation introduite par une ordonnance du 24 Avril 2016 et complétée par un arrêté du 6 Mai 1997. Cette ordonnance est confirmée par la loi du 4 Mars 2002 qui dit « La FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins (…) » (55)
La formation sur les vaccins pourrait permettre aux médecins de se familiariser avec les méthodes de prescription, les effets secondaires, les adjuvants, les raisons qui inquiètent les patients. Cela pourrait leur permettre d'être plus à l'aise et plus convaincants envers leurs patients, ce qui amènerait probablement à une meilleure couverture vaccinale.

Certains médecins ont pu lire dans des revues médicales que l'intérêt de la vaccination contre le zona est modeste ce qui a pu freiner l'intention de prescription de quelques médecins interrogés. (56) Ceci est en contradiction avec les différentes études menées et qui ont démontré l'efficacité de ce vaccin sur l'incidence du zona, l'incidence et l'intensité des névralgies pos-zostériennes. (41) (42) (43) Il est objectivé dans certaines études une diminution de l'efficacité plusieurs années après la vaccination, cependant les taux d'efficacité restent toujours acceptables face au placebo. (43) (57)

De plus, avec le vieillissement de la population, les consultations sont de plus en plus chargées. Les patients ont souvent de multiples motifs de consultations, ou de multiples pathologies et cela laisse donc peu de temps pour aborder la question des vaccinations lors des consultations.
Les médecins de cette étude pensent de ce fait peu à la vaccination, et quand ils y pensent la notion de priorité vaccinale fait irruption. Étant donné le contexte actuel peu favorable à certaines vaccinations, ils estiment devoir privilégier des vaccinations qui leurs semblent plus utiles telle que la vaccination contre le tétanos, la grippe ou le pneumocoque plutôt que la vaccination contre le zona qui leur semble être un vaccin de confort. (9)

Le vaccin Zostavax® est encore assez récent, et remboursé depuis seulement 2 ans à hauteur de 30%, alors que la plupart des vaccins sont remboursés à hauteur de 65%.
Comme le vaccin contre l'HPV, il peine à entrer dans la pratique courante des médecins de ville. Du recul face aux effets secondaires potentiels et aux preuves de son efficacité semble nécessaire pour convaincre les médecins actuellement.
Un des médecins m'a déclaré que selon lui l'indication vaccinale est trop précoce. A cet âge-là, les patients sont de nos jours dans un excellent état général la plupart du temps et leur parler de cette vaccination lui semble peu adapté. Cependant il déclare par la suite que pour garder l'état général de ces patients là il est en effet intéressant de proposer ce vaccin à cette période-là.
Un des médecins dénonce le prix trop élevé du vaccin, et fait la comparaison avec celui de la varicelle qui est presque le même mais a un prix beaucoup plus bas.
Un des médecins dénonce le fait que ce vaccin ne soit pas du tout suivi par les médecins hospitaliers, qui sont la plupart du temps au courant des dernières recommandations. Selon elle si les hospitaliers ne le font pas, c'est qu'il y a peu d'intérêt de le faire. Cependant un autre médecin m'a déclaré que certains patients qui sortent d'hospitalisation suite à un bilan dans le cadre d'une néoplasie ou d'une maladie auto-immune commencent à sortir avec des courriers de transmission mentionnant l'intérêt de réaliser ce vaccin avant la mise en route des traitements qui agiront sur leur état immunitaire. A ce jour aucune autre étude n'a été réalisée qui puisse corroborer ou non ces résultats.

6.1.5.2 Les leviers à la vaccination

Il ressort de ces entretiens que les médecins généralistes pourraient se mettre à prescrire le Zostavax® afin de diminuer la durée et l'intensité des névralgies post-zostériennes ou encore

pour diminuer l'incidence du zona dans un contexte de vieillissement de la population et un doublement de l'incidence à partir de 60 ans. (21)
Ceci est concordant avec les différentes études réalisées sur l'efficacité du vaccin contre le zona SPS, STPS, et LTPS. (41), (42), (43)
Cependant il semblerait que ceci ne soit pas suffisant car seulement un médecin sur les 14 interrogé prescrit de manière courante ce vaccin, et 3 commencent à l'utiliser. Il semblerait que du recul soit nécessaire face à ce vaccin considéré actuellement comme un vaccin de confort.

Son rôle dans l'immunodépression a aussi été soulevé. Cette vaccination a en effet un impact sur l'incidence du zona et des NPZ en cas d'immunodépression. Dans ce cas il est proposé de réaliser la vaccination avant tout traitement immunosuppresseur tel que les chimiothérapies, ou les biothérapies dans le cadre des maladies inflammatoires. (22)
Son rôle dans la prévention du zona en cas de diabète n'a pas été souligné par les médecins de cette étude, cependant en cas de déséquilibre de diabète une immunodépression peut se mettre en place et donc le risque de déclarer un zona devient plus important. (58), (25)
Les médecins ont donc conscience des bénéfices de ce vaccin chez les immunodéprimés, ceci semble être un facteur favorisant à sa prescription dans cette étude.

Les médecins pourraient se mettre à prescrire le Zostavax® dans une démarche de devoir de santé publique. En effet leur rôle dans la prévention individuelle mais aussi collective leur semble important. Ceci rentre dans les objectifs de l'OMS et de la politique française actuelle. Cette démarche est facilitée par l'entrée du Zostavax® dans le calendrier vaccinal depuis 2016, en effet les médecins ont eu information de cette vaccination à ce moment-là et ont pu de se fait plus facilement y penser. (5), (8)

6.1.5.3 Comment améliorer la couverture vaccinale du Zostavax ?

Concernant le Zostavax®, l'avis des médecins interrogés quant à la manière d'augmenter la couverture vaccinale pour ce vaccin a été demandé lors de ce travail de thèse.
Il en ressort qu'une campagne d'information grand public pourrait être intéressante car elle permettrait de donner l'information à la population, qui viendrait par la suite en parler avec leurs médecins. Dans un contexte où la plupart des médecins déclarent ne pas penser à parler de la vaccination du fait du manque de temps, cela peut en effet être judicieux. D'autant plus que selon un rapport fait par le directeur d'IPSOS santé : les campagnes grand public précédemment initiées telle que « les antibiotiques ne sont pas automatiques » ont connu un grand succès et ont

permis d'informer la population qui n'est plus aussi demandeuse qu'avant et qui est surtout plus informée des bénéfices mais aussi des risques des antibiotiques en cas de mauvaise utilisation. (59)
Ces campagnes ont l'avantage d'informer et de responsabiliser à la fois les patients mais aussi la population médicale.

Dans un second temps l'assurance maladie pourrait avoir un rôle primordial dans la prévention vaccinale en faisant comme pour les dépistages des cancers, ou le service d'information Sophia dans un contexte de diabète, en envoyant directement chez les patients des courriers d'information sur cette pathologie et son vaccin. Ceci permettrait de sensibiliser les patients, mais aussi de leur donner envie d'aller en discuter avec leur médecin.

La mission actuelle expliquée par les ministres est d'augmenter la couverture vaccinale qui est aléatoires selon les vaccins.
En effet selon le rapport de Janvier 2016 de Mme HUREL Sandrine sur la politique vaccinale, le taux de couverture vaccinale sur les maladies à prévention vaccinale est satisfaisant pour les vaccinations obligatoires, mais le résultat est contrasté pour les vaccinations qui n'étaient à ce jour que recommandées. (60)
Il existe donc un lien entre le résultat de la politique vaccinale et l'existence d'une obligation vaccinale. Suite à ce rapport, la nouvelle ministre de la santé Mme BUZYN Agnès a promulgué par la loi du 30 Décembre 2017 l'obligation de 8 nouveaux supplémentaires afin d'augmenter la couverture vaccinale et ainsi enrayer certaines maladies infectieuses. (61)

Certains médecins pensent que la seule manière d'augmenter la prescription du Zostavax® est de le rendre obligatoire comme l'a fait Mme BUZYN pour les 11 vaccins obligatoires depuis janvier 2018. Cependant étant donné que la plupart des médecins estiment que cette vaccination est une vaccination de confort, sera-t-elle bien perçue par la population et par le personnel médical si elle devenait obligatoire ?

Les médecins ont besoin de recul face à la prescription vaccinale, la plupart sont demandeurs d'études supplémentaires objectivant son efficacité. Il pourrait donc être intéressant de réaliser une étude nationale sur les bénéfices de cette vaccination. Les médecins ont besoin que l'intérêt de ce vaccin soit clairement expliqué par de nouvelles études mais aussi que l'INPES renforce sa priorité.

De plus un des médecins a souligné le fait qu'il ne soit pas encore prescrit par les médecins hospitaliers qui sont souvent au courant des recommandations nationales. A ce jour aucune étude n'a été faite sur les facteurs favorisants et limitants la prescription de cette vaccination par les médecins hospitaliers. Il serait intéressant de voir si les résultats de cette étude corroborent ceux d'une étude réalisée en milieu hospitalier.

Dans un contexte de méfiance vaccinale, peut-être qu'une étude du point de vue des patients après explication du zona et de son vaccin pourrait être intéressante.
De même une étude après formation des médecins sur le Zostavax®, et le taux de prescription qui découle de cette formation pourrait permettre de faire le point avant et après information des généralistes qui sont au cœur de la prévention vaccinale.

6.2 Faiblesses et forces de l'étude

6.2.1 Biais de sélection

J'ai réalisé des entretiens avec différents médecins généralistes installés du Gard et de l'Hérault. Il existe une inégalité homme-femme puisque sur les 14 entretiens, 4 sont des hommes et 10 des femmes, cependant la représentativité de l'échantillon n'est pas nécessaire dans une étude qualitative.

L'échantillon regroupe différentes zones d'installation, des caractéristiques hétérogènes qui ont permis d'obtenir des points de vue diversifiés, cependant le nombre restreint d'entretien ne nous permet pas d'extrapoler les résultats à la population médicale Française.

Aucun des médecins interrogés ne venait d'une zone rurale, cependant la pratique de la médecine peut être différente en milieu rural du fait d'un accès au soin qui n'est pas le même, ce qui en fait indiscutablement un biais de sélection.

Le mode de recrutement de proche en proche est un biais de sélection.

Ces biais sont cependant contrebalancés par le fait d'avoir atteint la saturation des données.

6.2.2 Biais de déclaration

Lors des entretiens certains médecins ont pu ne pas tout révéler, ou ne pas déclarer la vérité de peur d'être jugé malgré l'information avant chaque entretien qu'aucun jugement ne serait apporté, qu'il n'y avait pas de mauvaise réponse, et que nous voulions avoir leur ressenti sur la maladie et sur la vaccination.
Il peut exister de ce fait une différence entre leur déclaration et leur pratique réelle.
La confraternité avec certains médecins connaissant personnellement l'investigatrice a pu créer un biais de complaisance.

De plus certaines données telles que l'incidence du zona dans leur patientèle ne sont pas des données précises, elles sont approximatives et peuvent donc biaiser la réalité.

Lors de la présentation par téléphone de ce travail de thèse avant la prise de rendez-vous, il a été dit lors de cet entretien téléphonique que le travail de thèse avait pour sujet le vaccin contre le zona, certains médecins ont pu avant les entretiens aller chercher certaines informations concernant ce vaccin et donc biaiser l'interrogatoire.

6.2.3 Biais de subjectivité

L'un des principaux biais de mon étude relève de mon manque d'expérience en terme d'entretien semi dirigés.
J'ai pu de différentes manières, de par mon attitude ou de par la formulation de mes questions, influencer les médecins interrogés.

6.2.4 Biais d'interprétation

La méthode d'analyse des résultats est thématique. Lors de cette analyse un biais peut être lié à ma manière d'avoir interprété les *verbatim*.
Le fait de travailler sur le ressenti des médecins interrogés et donc sur mon ressenti lors de l'interprétation a pu fausser les résultats.
J'ai essayé d'être objective le plus possible, mais les thèmes auraient pu être différents si une autre personne avait analysé les entretiens.

6.2.5 Les forces de l'étude

Le fait d'avoir choisi une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés est une force. En effet cela a conduit à avoir des réponses développées et aléatoires à mes questions. Un maximum de questions ouvertes ont été posées, afin d'optimiser les réponses et d'explorer le vécu et le ressenti des médecins généralistes.

Les entretiens étaient anonymes, cela a donc pu mettre les médecins interrogés plus en confiance, et donc recueillir des informations authentiques.
Des entretiens individuels ont permis de mettre en confiance les médecins et ainsi de favoriser le développement des idées.

La saturation des données a été déterminée par l'absence de nouvelles idées dans chaque item, ceci a été confirmé par deux entretiens supplémentaires.

Les entretiens, les retranscriptions et l'analyse ont été réalisés par la même personne, ainsi les résultats se révèlent être homogènes.

De plus l'analyse des résultats a été faite sans logiciel, il n'y a donc aucune perte de données.

7 Conclusion

Les médecins généralistes ont un rôle primordial dans la prévention et plus particulièrement dans la vaccination. Dans un contexte de méfiance de la population vis-à-vis des vaccins, les médecins ont parfois du mal à mener à bien leur mission de prévention.
Le zona est une pathologie de plus en plus fréquente du fait du vieillissement de la population. Cette pathologie peut être invalidante du fait notamment des douleurs post-zostériennes. Cependant elle est considérée par la plupart des médecins interrogés comme une maladie peu fréquente et peu à risque de complication hormis les douleurs post-zostériennes.

Cette étude qualitative, menée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes du Gard et de l'Hérault, a permis de déterminer les facteurs limitant et favorisant la prescription du Zostavax® et leurs avis sur la vaccination de manière générale.

Il en ressort que les médecins sont favorables la vaccination de manière générale, cependant leurs avis sont mitigés pour le Zostavax®.
Les facteurs limitant leur prescription sont multiples, mais le facteur principal est le manque d'intérêt des médecins pour ce vaccin. Ils n'en voient pas l'utilité face à une pathologie qui leur semble peu fréquente et bénigne. De plus les consultations de médecines générales étant déjà chargées de multiples motifs de consultations ou de multiples maladies chroniques, la question de la vaccination leur semble difficile à aborder dans le temps impartit de la consultation. Quand certains ont le temps d'en parler ou pense à en parler, la notion de priorité vaccinale fait son entrée.
Un peu de recul face à cette nouvelle vaccination semble nécessaire pour convaincre les médecins, d'autant plus que certaines revues médicales qualifient l'intérêt du Zostavax® comme modéré.
Cependant face à des pathologies à risque d'immunodépression tels que les cancers ou les maladies auto-immunes, ce vaccin leur semble être une bonne démarche afin de leur éviter une complication du zona.

Cette étude avait aussi pour but de déterminer par quels moyens nous pouvons améliorer la prescription du Zostavax®, il semblerait qu'une campagne d'information au grand public pourrait avoir un impact positif, et que l'assurance maladie pourrait avoir un rôle à jouer dans cette démarche de prévention. Certains médecins attendent plus de preuves de son efficacité.

Et d’autres proposent de le rendre obligatoire pour améliorer sa prescription, cependant dans une tendance actuelle de méfiance vis-à-vis des vaccins cela serait-il une bonne option ?

Une nouvelle étude prenant l’avis de la population sur ce vaccin après information pourrait être intéressante.

8 Références bibliographiques

1. OMS | Vaccination [Internet]. The World Health Organization. Disponible sur: http://www.who.int/topics/immunization/fr/

2. Vaccinations. In: Maladies infectieuses et tropicales. 25e édition. 2016. p. 603-14. (E. PILLY).

3. Beytout J. Vaccinations. 30 nov 2017; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1182574/resultatrecherche/20

4. Grangeot-Keros L. Les adjuvants aluminiques : le point en 2016. [Internet]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1074361/resultatrecherche/2

5. Santé Publique France. INPES - Calendrier des vaccinations [Internet]. 2018. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination.asp

6. Code de la santé publique - Article L3111-1. Code de la santé publique.

7. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171171&cidTexte=LEGITEXT000006072665

8. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2018 janv. Disponible sur: solidarites-sante.gouv.fr

9. Données / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees

10. Delteil A-L, Sarlangue J, Lamireau T. Quels sont les freins à la vaccination contre le rotavirus ? Enquête auprès des médecins généralistes et pédiatres de la communauté urbaine de Bordeaux. [Internet]. 7 nov 2014; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/936296/resultatrecherche/43

11. La politique vaccinale: un enjeu de santé publique, une confiance à conforte. Cours Comptes [Internet]. févr 2018; Disponible sur: www.ccomptes.fr

12. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 20 février 2018. / Points d'actualités / Rougeole / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-20-fevrier-2018

13. Conseil national de l'Ordre des Médecins. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326.

14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

15. Fournier C, Buttet P, Le lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009. 2009;46.

16. Vaccination: entre mythes et réalité. Bull Inf Ordre Natl Médecins [Internet]. déc 2011;(20 Nov). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_20.pdf

17. Gautier A, Jestin C, Beck F. Vaccination: baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé. 2013;La santé en action(423).

18. Infection par le virus varicelle-zona. 25 ième édition. Ouvrage du Collège des Universités de Maladie Infectieuse et Tropicale; 2016. 376-378 p. (E-PILLY).

19. Schröder C, Enders D, Schink T, Riedel O. Incidence of herpes zoster amongst adults varies by severity of immunosuppression. J Infect. 1 sept 2017;75(3):207-15.

20. Réseau Sentinelles > France > Surveillance continue [Internet]. Disponible sur: https://www.sentiweb.fr/?page=maladies&mal=14

21. Lang PO, Belmin J, Michel jean-pierre. Le Zona du sujet âgé. 29 déc 2014;

22. Che H, Lukas C, Morel J, Combe B. Risque de zona au cours des traitements anti-TNF chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : revue systématique de la littérature et méta-analyse. [Internet]. 10 avr 2014; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/887285/resultatrecherche/27

23. Boivin S, Catteau B, Piette F, Thomas P. Aspects cliniques dermatologiques des infections à VZV chez l'immunodéprimé. [Internet]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/15229/resultatrecherche/2

24. Guignard AP, Greenberg M, Lu C, Rosillon D, Vannappagari V. Risk of herpes zoster among diabetics: a matched cohort study in a US insurance claim database before introduction of vaccination, 1997-2006. Infection. août 2014;42(4):729-35.

25. Chaine B, Janier M. Dermatoses virales: herpès, varicelle, zona, dermatoses à poxvirus et entérovirus. In: EMC. 2018. p. 4-6.

26. Schmutz J-L, Barbaud A. Dermatoses virales : herpès, varicelle, zona, dermatoses à poxvirus et entérovirus. [Internet]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1104/resultatrecherche/4

27. Sauvaget E, Herman P. Zona auriculaire. [Internet]. 23 oct 2012; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/735536/resultatrecherche/2

28. Gauthier A, Breuer J, Carrington D, Martin M, Rémy V. Epidemiology and cost of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in the United Kingdom. Epidemiol Infect. janv 2009;137(1):38-47.

29. Hong M-J, Kim Y-D, Cheong Y-K, Park S-J, Choi S-W, Hong H-J. Epidemiology of Postherpetic Neuralgia in Korea: An Electronic Population Health Insurance System Based Study. Medicine (Baltimore). avr 2016;95(14):e3304.

30. Koshy E, Mengting L, Kumar H, Jianbo W. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. Indian J Dermatol Venereol Leprol. juin 2018;84(3):251-62.

31. Laurent R. Varicelle - Zona. [Internet]. Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/31063/resultatrecherche/6

32. DE WAZIERES B. Le zona. Diagnostic, évolution, modalités de prise en charge et vaccination. REPERES EN Geriatr. févr 2013;15(124):33-6.

33. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des adultes contre le zona, place du vaccin Zostavax. :14.

34. Gonzalez Chiappe S, Sarazin M, Turbelin C, Lasserre A, Pelat C, Bonmarin I, et al. Herpes zoster: Burden of disease in France. Vaccine. nov 2010;28(50):7933-8.

35. Blein C, Gavazzi G, Paccalin M, Baptiste C, Berrut G, Vainchtock A. Burden of herpes zoster: the direct and comorbidity costs of herpes zoster events in hospitalized patients over 50 years in France. BMC Infect Dis [Internet]. 19 août 2015;15. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545556/

36. Chaine B, Janier M. Dermatoses virales : herpès, varicelle, zona, dermatoses à poxvirus et entérovirus. [Internet]. 20 avr 2010 [cité 23 juill 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/249536/resultatrecherche/37

37. Loubet P, Launay O. Vaccination de l'adulte : données générales, actualités et perspectives. [Internet]. 15 févr 2017; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1104038/resultatrecherche/12

38. HAS Direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique. Commission de transparence du Zostavax, poudre et solvant pour suspension injectable en seringue préremplie [Internet]. 2014 oct p. 4/22. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/CT-13478_ZOSTAVAX_PIC_Ins_Avis3_CT13478.pdf

39. Lang P-O, Trivalle C. Le vaccin contre le zona : vos questions et leurs réponses. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2015;15(88):200-5.

40. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination des adultes contre le zona avec le vaccin Zostavax. 2013 oct.

41. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med. 2 juin 2005;352(22):2271-84.

42. Schmader KE, Oxman MN, Levin MJ, Johnson G, Zhang JH, Betts R, et al. Persistence of the Efficacy of Zoster Vaccine in the Shingles Prevention Study and the Short-Term Persistence Substudy. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 nov 2012;55(10):1320-8.

43. Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, Levin MJ, Zhang JH, Looney DJ, et al. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 mars 2015;60(6):900-9.

44. Données internes MSD France vaccins. 2018.

45. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ième édition. Armand Colin; 2016. p. 235-317. (U).

46. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. la méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2013;(105):4-11.

47. Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Borne H, Regnier V, Vanhems P, et al. Perception et pratique de la vaccination HPV par les gynécologues : une étude quantitative et qualitative en Rhône-Alpes. [Internet]. 30 nov 2011; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/675935/resultatrecherche/1

48. Bouvret P, Mougin C, Prétet J-L, Meurisse A, Bonnetain F, Fiteni F. Pratiques et attitudes des médecins généralistes de Besançon vis-à-vis de la vaccination anti-HPV. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 oct 2016;45(8):972-8.

49. BALINSKA M-A, LÉON C. Perceptions de la vaccination contre l'hépatite B en France. Analyse de trois enquêtes. [Internet]. 2 mars 2008; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/107775/resultatrecherche/2

50. Vaccinations: attitudes et pratiques des médecins généralistes [Internet]. 2015 mars. Report No.: 910. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf

51. Briend-Godet V, Delbos P, Joret I, Lescop K, Coutherut J, Raffi F, et al. VAC-14 - Parents refusant la vaccination contre l'hépatite B pour leurs enfants : perception et freins. [Internet]. 3 août 2016; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1072096/resultatrecherche/46

52. Balinska M-A, Léon C. Opinions et réticences face à la vaccination. [Internet]. 16 janv 2007; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/57506/resultatrecherche/5

53. Yang TU, Cheong HJ, Choi WS, Song JY, Noh JY, Kim WJ. Physician Attitudes toward the Herpes Zoster Vaccination in South Korea. Infect Chemother. 1 sept 2014;46(3):194-8.

54. Lesaint J. Déterminants de l'attitude vaccinale contre le zona des médecins généralistes chez les patients de plus de 65 ans en France. 4 avr 2018;47.

55. Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers - CN FMCH. L'obligation de formation médicale continue (FMC): historique, état des lieux et perspectives [Internet]. 2005 juin p. page 9. Disponible sur: solidarités-santé.gouv.fr

56. Prescrire. Vaccin zona peu efficace pour ceux qui en ont le plus besoin. mars 2012;(341):178-1.

57. Walker JL, Andrews NJ, Amirthalingam G, Forbes H, Langan SM, Thomas SL. Effectiveness of herpes zoster vaccination in an older United Kingdom population. Vaccine. 19 avr 2018;36(17):2371-7.

58. Bauduceau B. Prévention du zona par la vaccination chez les personnes diabétiques. Médecine Mal Métaboliques. 1 nov 2017;11(7):641-6.

59. Klein P. Les antibiotiques de moins en moins automatiques pour les français. 2003.

60. HUREL S. Rapport sur la politique vaccinale [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016 janv. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_la_politique_vaccinale_janvier_2016_.pdf

61. Buzyn A. 11 vaccins obligatoires en 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/vaccins-obligatoires/article/11-vaccins-obligatoires-en-2018

9 Annexes :

9.1 Annexe 1 : Informations, autorisation d'enregistrement et données sociodémographiques

Formulaire de consentement

Je, soussigné(e) déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : La place de la vaccination contre le zona en médecine générale : facteurs favorisants et limitants sa prescription.

Sous la direction de : Pr BLAIN Hubert

Investigateur principal : FURNON Marine

But de l'étude : Analyser les facteurs favorisant et limitant l'utilisation du vaccin contre le zona dans la pratique des médecins généralistes.

L'entretien sera enregistré avec un dictaphone, et sera anonyme.

Fait à le

Signatures :

Le participant L'investigateur principal

Données sociodémographiques :

Votre âge ?
Vous êtes une femme ou un homme ?
Depuis quand exercez-vous ?
Quel est votre mode d'exercice (Seul, MSP, cabinet de groupe ?)

Quel est votre lieu d'exercice ? (Rural, semi-rural, urbain ?)
Par quel moyen continuez-vous à vous former (FMC, abonnement à une revue médicale, internet…?)
Avez-vous eu des formations sur la vaccination ?

9.2 Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie de prendre le temps de répondre à mes questions dans le cadre de ma thèse sur l'utilisation du Zostavax ® (vaccin contre le zona) dans la pratique des médecins généralistes du Gard et de l'Hérault.
Cet entretien est anonyme.
Cet entretien a pour but de recueillir votre expérience à ce sujet, votre représentation de la maladie et du vaccin en particulier. De ce fait il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, ce travail n'est pas là pour juger votre pratique mais plutôt d'analyser les facteurs favorisant et limitant la prescription de ce vaccin par les médecins et si possible mettre en place un outil pour améliorer sa prescription et ainsi la couverture vaccinale des personnes âgées.

Si une question vous met mal à l'aise, ou si vous n'avez pas de réponse à apporter, il n'est pas obligatoire d'y répondre.
Si vous le désirez, par la suite je peux vous faire parvenir les conclusions de ce travail une fois que tous les entretiens auront été réalisés et analysés.

L'ordre des questions pourra varier selon la tournure de l'entretien, des rappels seront faits et si besoin le guide d'entretien sera modifié en fonction des résultats retrouvés lors des entretiens.

1- Que pensez-vous de la vaccination de manière générale ?
Relance a) qu'entendez-vous par là ?
b) pour vous à quoi sert la vaccination ?
c) comment organisez-vous la consultation pour aborder la vaccination ?
d) avez-vous la même opinion pour tous les vaccins ? Pourquoi ?

2- Concernant le refus de vaccination, quelle est votre attitude face à un refus de vaccination ?

Relance a) comment agissez-vous ?

b) Quels sont vos arguments pour essayer de les convaincre ?

c) quels sont les motifs de refus de vos patients ?

d) vous sentez vous en difficulté dans ces moment-là et pourquoi ?

3- Que représente pour vous le zona de la personne âgée ?

Relance a) Remémorez-vous un patient, quelle était son histoire ? Diagnostic ? Qu'avez-vous fait ?

b) Quel a été votre ressenti lors de cette prise en charge ?

c) Quel est votre avis sur cette pathologie en particulier chez la personne âgée ?

d) Combien de patients par an déclarent cette maladie ? étaient-ils vaccinés ?

4- Que pensez-vous du vaccin contre le zona ?

Relance a) Qu'entendez-vous par là ?

b) comment en avez-vous entendu parler ?

c) Que connaissez-vous sur ce vaccin ?

d) Connaissez-vous son mécanisme d'action ?

e) Quelles sont les recommandations pour ce vaccin selon vous ?

f) Comprenez-vous les contres indications ?

g) Le mettez-vous à la même place que les autres vaccins ?

h) Quel type de population vous semble être la population cible ?

5- Quelles sont vos facteurs favorisants pour prescrire ce vaccin ?

Relance a) Qu'entendez-vous par là ?

b) Le calendrier vaccinal a-t-il facilité les choses ?

c) Retour des patients ?

d) Qualité de vie ? Réduction des coûts hospitaliers ou soins à domicile ? Moins de décès ?

e) Selon vous quels sont les avantages de ce vaccin ?

6- Quels sont vos freins à sa prescription ?

Relance a) Retour de vaccinations ?

b) effets secondaires ?

c) prix ?

d) manque de temps ou information ?

7- Comment pensez-vous que nous pourrions améliorer sa prescription ?

Relance a) quel mode d'information vous parait pertinent pour informer sur ce vaccin ?

b) quel pourrait être le rôle à jouer des médecins, pouvoirs publics ou sécurité sociale pour améliorer la couverture vaccinale ?

9.3 Annexe 3 : Les entretiens

L'ensemble des retranscriptions des quatorze entretiens a été mis sous CD devant le nombre important de pages, soit 79 pages de retranscriptions et 4 heures et 55 minutes d'enregistrements.

SERMENT

- *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'Etre 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.*

Résumé :

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la vaccination de la population, élément primordial de la prévention des maladies infectieuses. Si de nombreuses études montrent un rapport bénéfice/risque en faveur des vaccins, la vaccination fait l'objet de spéculations depuis plusieurs années. Le vaccin contre le zona, qui est recommandé pour les patients de 65 à 74 ans, n'est pas obligatoire et sa diffusion est très faible. L'objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs qui, selon les médecins généralistes interrogés, pourraient être des freins ou des facteurs favorisant sa diffusion.

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens individuels et semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le Gard et l'Hérault.

Les entretiens ont mis en évidence que les freins à la prescription du vaccin contre le zona sont une incidence et un risque de complication de la maladie faibles, l'oubli et le manque de temps en consultation et le manque d'efficacité de cette vaccination ressentie par les médecins, interprétée comme possiblement liée à un manque d'information. Les médecins suggèrent que les campagnes d'informations du grand public, une action de l'assurance maladie, l'obligation vaccinale, et l'initiation de la vaccination à l'hôpital pourraient améliorer la prescription du vaccin.

Cette étude révèle que les médecins généralistes manquent d'information sur la fréquence et la gravité du zona et qu'outre cela, l'information du grand public, l'implication des centres hospitaliers voire le caractère obligatoire de la vaccination contre le zona pourraient favoriser une meilleure couverture vaccinale.

Mots clés : Zona, Névralgies post-zostériennes, Vaccination, Médecine générale, Entretiens semi dirigés, Recherche qualitative.