



HAL
open science

Les internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication. Étude qualitative auprès de quatorze internes de médecine générale des Hautes-Alpes

Florent Séméria

► **To cite this version:**

Florent Séméria. Les internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication. Étude qualitative auprès de quatorze internes de médecine générale des Hautes-Alpes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03040155

HAL Id: dumas-03040155

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03040155>

Submitted on 4 Dec 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.

**Les internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale.
Représentations et stratégies de communication.
Étude qualitative auprès de quatorze internes
de médecine générale des Hautes-Alpes**

T H È S E

**présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE**

le 27 novembre 2020

**par Florent SÉMÉRIA,
né le 27 juillet 1988 à Martigues (Bouches-du-Rhône)**

pour obtenir le grade de docteur en médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du jury de la thèse

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le Professeur GIORGI Roch	Assesseur
Madame le Docteur CIBOIS-HONNORAT Isabelle	Directeur



**Les internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale.
Représentations et stratégies de communication.
Étude qualitative auprès de quatorze internes
de médecine générale des Hautes-Alpes**

T H È S E

présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE

le 27 novembre 2020

par Florent SÉMÉRIA,

né le 27 juillet 1988 à Martigues (Bouches-du-Rhône)

pour obtenir le grade de docteur en médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du jury de la thèse

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Monsieur le Professeur GIORGI Roch

Madame le Docteur CIBOIS-HONNORAT Isabelle

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
 ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements

Monsieur le Professeur Dubus,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette soutenance de thèse. Votre réactivité et votre bienveillance à mon égard pour me guider à travers les multiples démarches administratives ont été une aide précieuse. Pour m'avoir accordé votre confiance, veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gerbeaux,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de siéger au sein de ce jury. Votre expérience professionnelle rend votre avis sur cette recherche d'autant plus précieux. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Giorgi,

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury. Vos précieuses compétences en santé publique seront particulièrement appréciées dans l'évaluation de ce travail. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Madame le Docteur Cibois-Honorat,

Merci pour ton aide à chaque étape de ce travail, pour ta disponibilité et ton implication sans faille. Je ne pouvais rêver mieux pour m'accompagner dans cette recherche. Merci du fond du cœur.

Remerciements

A Laetitia, ma Pitchette, ma co-autrice officieuse. Le clavier dégouline de mièvreries rien qu'à l'idée de te déclarer ma flamme. Merci de m'avoir porté sur tes délicates épaules tout au long de ce tortueux voyage intérieur qu'est la thèse, d'avoir quasiment tout écrit, et d'avoir relu une bonne demi-douzaine de fois tout ce tu n'avais pas écrit. Tout ça dans la bonne humeur, tel un petit rayon de soleil fragile qui embellit tout ce qu'il touche, et qui habille délicieusement mon quotidien. Fin' bref, ça te donne un petit aperçu de ce qui t'attends pour le reste de ta vie. Courage, ça va être pénible. Et long. Mais avec un peu de chance, on fera bientôt du parapouët ensemble en chantant du Simon & Garfunkel. Par contre, c'est toujours NON pour le chat, thèse ou pas thèse. « Achlouti !! »

A Isabelle, ma directrice, madame la présidente, chère déesse de l'écho, merci de m'avoir aiguillé sur le chemin semé d'embûches de la médecine générale. Je rêve de pouvoir placer « WQT » dans une partie de Scrabble avec toi, parce qu'on les oublie un peu trop vite ces petits animaux aquatiques nocturnes. Sinon, c'était vraiment dur d'être coincé entre ton hamac et ta piscine pendant ces 6 mois.

A ma famille, la tribu des Séméria, merci d'être aussi soudé, aussi géniaux, aussi chaleureux. Il y a encore des progrès à faire en matière d'écologie, on va pas se mentir. Et j'attends encore les cadeaux de mes sœurs pour Noël 2013, que je devais avoir « dans quelques jours ». Les frères, pleins de tchek. Les cousines et cousins, tantes et oncles, nièces et neveux, cœur-cœur. Une pensée émue pour le papi Italien, la mamie Russe, et la mamie Espagnole qui nous regardent de là-bas, avec leurs yeux rieurs. Un câlin au papi chasseur et râleur de ChateauNeuf, « qué cagaradji ».

A la famille Levesque, merci de m'avoir accueilli dans votre merveilleuse famille. C'est un honneur et un plaisir sans cesse renouvelé. Ah oui, continuez les messages vocaux, j'adore.

A Joey2706, Memel, Nico (l'homme artificiel), et Jujulaplusjojo, c'est l'heure de quitter la capitale les copains, je vous attends, on a rigolé 5 minutes, maintenant on y va, allez allez allez, on prend vos 25 enfants chacun, le cœur artificiel, et z'est parti!!!!!!

A Simsim, Gregzouille, Camcam, Samy'rite, C-Cil, GrandLulu, Fafa, Gaby, Lisabella, et tous les copains de médecine Marseille (cherchez les intrus, équivalents 5^e année), merci de s'être soutenus pendant ces interminables et étouffantes études. Certaines légendes racontent même qu'elles nous auraient rendus plus forts. Bon, bien sûr, certains sont encore en chemin, mais à moins d'un énième voyage au Chiapas, c'est bientôt fini. Rendez-vous à Gap ou au Frifri' les copains, pour se faire un p'tit repas de graines !

A Vicroute, Maevoux, MarieProut, Lulve, Valoch', Rémiassse, Popocrotte, Capouet', Jojo, et tous les copains de Gap, quelle chance de vous avoir dans les Alpes (oui je sais, certain ne le savent pas encore, mais ils vont ramener leurs fesses illico). Jeux + Spikeball pour les 50 prochaines années me semblent être un programme tout à fait opportun.

A Anaüs et Manon Chaize (comme une chaise mais avec un Z), mes co-internes du love, quel plaisir d'avoir travaillé avec vous, on a pas sauvé grand monde, mais au moins, on a bien rigolé. Dire qu'un célèbre algologue a su que t'était allé faire CACA, Manon ...

A ChoR et Gogzy, le problème avec le couple, c'est d'être obligé de se coltiner les beaux-meilleurs-copains. Askip on va se coltiner longtemps, et c'est tant mieux.

A Thib' et Flotte, j'oublie pas les Momos version intense (peuth'i, peuth'i, ...), ni la méditation dans une position souple, et digne. Franchement le reportage avec les Farcs, on se le refait quand vous voulez (heu... sergent Cortez ?).

A Maliki, Malika, Caro, Ailin l'ét'langère, Christelle 1 et 2, Jojoanna, dire que tout ça a commencé il y a 10 ans avec vous, sur des bancs miteux, perdus au milieu de molécules chirales, des spins et des appareils de Golgi... Merci du fond du cœur les copains d'avoir éclairé ce moment.

A Soso, Estelle, Mel', Hugo, Chloé, et les copains des urgences d'Aix, c'était OUF, l'internat, les gardes, les relèves WhatsApp, cette affreuse salle Amavic. Merci les copains.

A MadameGentille, Grosmain, Antho, Gomar, Concon, JulieKaradoc, Ségo, Popo, Alex, Eric et Marco et tous les copains de Sciences Po', loin des yeux, près du cœur.

A Vincent (pote de Tich), je t'oublie pas fra'.

A Claudie et Jean Michel, merci pour la gentillesse légendaire avec laquelle vous nous avez traités. Il reste un meuble à monter par contre, voilà, on y touche pas, on vous attend.

A Gil et Jo Challeil, merci de m'avoir accueilli dans votre nid sur Nation, jamais j'oublierai les spéculos avec le café, et l'initiation au vin rouge. Salut fraternel camarades.

A Kiket', la meilleure ostéo de Marth'igues, la sœur du 27 juillet 1988, j'espère que mon père ne te soule pas trop, courage, au pire mets de la musique.

A l'équipe de la PMI Frais Vallon, l'équipe de Cardio et Soins Palliatifs de Gap, Alain Sarradon et Gilles Mathieu, merci de m'avoir transmis l'amour du métier (n'ayons pas peur des mots).

A tous les internes interrogés, j'espère que vous vous remettrez de ce traumatisme !

A tous les enseignant-e-s, patient-e-s, secrétaires, infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, ASH et docteurs que j'ai pu croiser tout au long de ces (multiples) études, il y a un peu de vous en moi, et peut-être, un tout petit peu de moi, en vous. C'est chelou mais c'est comme ça.

Attendez, c'est pas fini !

A toi SARS-CoV-2, sale petit virus, franchement, t'aurais pu choisir 2021 pour pointer tes petits antigènes de surface.

A mon Mikbook, non, désolé, je ne te rends pas ta liberté. T'es pas le génie à la fin d'Aladdin (et oui, il y a deux « d », je savais pas, dis donc, qu'est-ce qu'on en apprend avec cette thèse, d'ailleurs, j'ai réussi à placer pleins de fois le mot « paradigme », arriveras-tu à tous les compter ?).

A mes cheveux, partis trop tôt. Si vous revenez, j'annule tout.

A toi lecteur de la seule partie un peu fun de cette thèse, c'est pas tout de lire les remerciements, maintenant il faut lire le reste ! En plus, la table des matières est d'une limpidité extrême, je vois vraiment pas où est le problème ...

Florent

Table des matières

1. Introduction	4
2. Matériel et méthodes.....	6
1.1 Type d'étude.....	6
1.2 Population étudiée.....	6
1.3 Élaboration du questionnaire.....	7
1.4 Recueil de données.....	8
1.5 Analyse de données.....	8
1.6 Éthique	9
3. Résultats.....	11
3.1 Les internes et la vaccination : entre confiance et lacunes.....	11
3.1.1 Une profonde confiance dans le système vaccinal	11
3.1.1.1 Un attachement marqué aux bénéfiques de la vaccination	11
3.1.1.2 L'hésitation vaccinale des soignants considérée comme inacceptable	12
3.1.1.3 Une confiance en leur capacité à convaincre	13
3.1.2 Une confiance qui contraste avec l'aveu de profondes lacunes.....	14
3.1.2.1 La frustration devant un sujet mal maîtrisé et donc mal abordé	14
3.1.2.2 Un déficit d'aide institutionnelle et universitaire	15
3.1.2.2.1 Une formation remise en question.....	15
3.1.2.2.2 Un déficit d'aide institutionnelle	18
3.1.2.3 Des sources peu attractives pour une activité chronophage	18
3.1.3 La représentation de l'hésitation vaccinale	19
3.1.3.1 L'hésitation vaccinale et le paradigme du manque d'information	19
3.1.3.2 L'incompréhension entre deux mondes cloisonnés.....	20
3.1.3.3 L'émergence d'internet comme source concurrente d'informations	21
3.1.3.4 L'hésitation vaccinale, un phénomène socioculturel ?.....	22
3.2 La consultation avec un patient hésitant.....	24
3.2.1 Une consultation qui déclenche des émotions fortes.....	24
3.2.1.1 Un sujet qui provoque du ressentiment	24
3.2.1.1.1 L'énervement contre l'égoïsme des patients	24
3.2.1.1.2 La remise en question de ce que l'interne représente.....	25
3.2.1.1.3 Un conflit qui concerne aussi l'entourage.....	25
3.2.1.2 Une consultation redoutée par l'interne.....	26
3.2.1.2.1 Incertitude sur ses compétences.....	26
3.2.1.2.2 Incertitude sur sa capacité à convaincre	27

3.2.2	Les stratégies de l'interne pour convaincre.....	28
3.2.2.1	La méthode pour aborder la problématique vaccinale.....	28
3.2.2.1.1	Une approche par l'accompagnement du patient.....	28
3.2.2.1.2	La stratégie de la culpabilisation et l'utilisation de la peur.....	30
3.2.2.2	Des arguments de fond pour convaincre.....	31
3.2.2.2.1	L'insistance sur les bénéfices individuels pour l'enfant.....	31
3.2.2.2.2	Des bénéfices collectifs pour la société.....	33
3.2.2.2.3	La relativisation des effets indésirables, rares et bénins.....	33
3.2.3	Le rôle central de la relation médecin-patient.....	34
3.2.3.1	L'adhésion nécessite du temps, de l'écoute et une relation de confiance.....	34
3.2.3.2	La médecine générale au 1 ^{er} plan de la vaccination.....	35
3.2.3.2.1	De la difficulté de leur expérience à l'hôpital ou aux urgences...	35
3.2.3.2.2	... au climat propice du cabinet de médecine générale.....	36
3.2.3.3	Le nécessaire apprentissage de la communication.....	37
3.3	La prise de décision vaccinale et ses paradoxes.....	39
3.3.1	L'imparfaite prise de décision vaccinale, commune aux internes et aux patients.....	39
3.3.1.1	L'émotion au cœur de la décision vaccinale.....	39
3.3.1.2	L'expérience personnelle comme base de décision.....	40
3.3.1.3	Les biais cognitifs en jeu dans l'hésitation vaccinale.....	41
3.3.2	Une hésitation compréhensible.....	42
3.3.2.1	Une forme d'hésitation rationnelle.....	42
3.3.2.2	La critique d'une vision méprisante des hésitants qui empêche toute remise en question.....	43
3.3.2.3	Le doute des internes.....	45
3.3.3	Le paradoxe de l'obligation : un dilemme éthique.....	46
3.3.3.1	Les bénéfices de l'obligation dans la pratique.....	46
3.3.3.2	Une obligation vaccinale qui pourrait être contreproductive.....	48
3.3.3.3	Le devoir de convaincre et l'impossibilité d'hésiter.....	49
3.4	La confrontation aux arguments critiques de la vaccination.....	51
3.4.1	De l'impuissance à argumenter à l'envie d'apprendre.....	51
3.4.1.1	La déstabilisation de l'interne et l'incapacité à argumenter.....	51
3.4.1.1.1	L'incapacité à argumenter.....	51
3.4.1.1.2	La déstabilisation de l'interne.....	52
3.4.1.2	La mise en défaut stimule la soif de connaissance.....	53
3.4.1.2.1	Le vif intérêt des internes.....	53
3.4.1.2.2	Un outil pour aider les jeunes médecins.....	54

3.4.2	Des internes qui ne sont pas immunisés contre le doute	55
3.4.2.1	L'impression d'avoir une vision formatée par les pairs	55
3.4.2.2	La perte de confiance et l'irruption du doute.....	56
3.4.2.2.1	La remise en cause du calendrier vaccinal, pilier de leur formation	56
3.4.2.2.2	Le tiraillement entre doutes et confiance dans les vaccins.....	57
3.4.2.2.3	La perte de confiance dans le système vaccinal	58
3.4.2.2.4	L'impression d'avoir trompé ses patients	59
3.5	Modélisation des résultats	60
4.	Discussion.....	62
4.1	La validité de l'étude.....	62
4.1.1	Les forces	62
4.1.2	Les faiblesses	62
4.1	Retour sur les principaux résultats	63
4.2	La remise en question du paradigme du manque d'information	65
4.2.1	L'ambiguïté de la notion d'hésitation vaccinale	65
4.2.2	Comprendre les hésitants pour améliorer l'interaction médecin-patient.....	66
4.2.3	Restaurer la confiance dans les autorités de santé	68
4.3	L'art de convaincre en médecine générale.....	69
4.3.1	Les biais cognitifs en jeu dans l'hésitation vaccinale	69
4.3.2	L'« effet boomerang » et la correction des mythes vaccinaux	70
4.3.3	Mieux communiquer sur la vaccination	72
4.3.4	Les bénéfices de l'entretien motivationnel	73
4.4	Les internes ne sont pas immunisés contre l'hésitation vaccinale.....	75
4.4.1	La défiance des professionnels de santé.....	75
4.4.2	La formation aux arguments des militants anti-vaccination.....	76
4.4.3	La culture scientifique et les outils de l'esprit critique.....	77
5.	Conclusion	79
6.	Bibliographie	81
7.	Annexes	88
7.1	Annexe 1 – Guide d'entretien, forme finale	88
7.2	Annexe 2 – Fiche de consentement	90
7.3	Annexe 3 – Notice d'information.....	92
8.	Liste des abréviations	94

1. Introduction

En février 2019, une famille française aurait pu réintroduire la rougeole au Costa Rica. Avant de partir en vacances, l'école dans laquelle leur petit garçon de 5 ans était scolarisé avait signalé plusieurs cas de rougeole. Les parents n'ont pas tenu compte de cet avertissement, pourtant leur fils n'était pas vacciné, et s'est avéré porteur du virus (1). Extrêmement contagieuse, cette maladie est responsable de la mort de 380 personnes par jour, principalement des enfants de moins de 5 ans, dans les pays en développement (2). Au prix d'intenses efforts de santé publique, ce pays n'avait pas connu de cas autochtone de rougeole depuis 2006. Toutefois, les autorités sanitaires locales ont réussi à placer la famille en quarantaine assez rapidement pour éviter la propagation du virus à travers le pays (3).

Au-delà de cette anecdote regrettable, le fait qu'une famille française soit impliquée dans cette histoire n'a rien d'étonnant, comme le montre un nombre croissant d'études internationales. La France est le pays ayant le niveau de confiance vaccinale le plus bas au monde, avec 41 % de sondés en désaccord avec la proposition « Globalement, je pense que les vaccins sont sûrs », contre 13 % au niveau mondial (4). Dans le pays de Pasteur, la part des personnes très favorables aux vaccinations a chuté, passant de 44 % en 2000 à seulement 27 % en 2017 (5). Plus largement, les épidémies de rougeole se sont multipliées en Europe et aux États-Unis, parallèlement à l'essor préoccupant de ce qui est aujourd'hui appelé l'hésitation vaccinale.

L'hésitation vaccinale est définie par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le « retard à l'acceptation ou le refus des vaccinations malgré l'existence d'un dispositif d'offre vaccinale » (6). Elle est considérée par l'OMS en 2019 comme l'une des dix plus grandes menaces pour la santé humaine, au côté de l'antibiorésistance, du virus Ébola ou de la pollution (7). En effet, il est estimé que la vaccination permet de sauver deux à trois millions de vies chaque année, et que la mort d'un million et demi d'enfants pourrait être empêchée si les taux de couverture vaccinale s'amélioraient (8).

Les professionnels de santé jouent un rôle clé dans la lutte contre l'hésitation vaccinale. De nombreuses études internationales montrent que leurs connaissances, attitudes et représentations concernant la vaccination sont les principaux vecteurs de l'acceptation

du vaccin chez les patients réticents (9). En France, les médecins généralistes sont prescripteurs de 90 % des vaccins administrés (10). Ils sont perçus comme la source d'information principale mobilisée par les parents, et surtout la plus fiable, loin devant les pharmaciens, le ministère de la Santé et l'industrie pharmaceutique (11).

Toutefois, il existe une disparité de pratiques concernant la vaccination au sein de la profession. Face à l'hésitation vaccinale de leurs patients, les médecins font usage de leur expérience personnelle et professionnelle pour tenter de les éclairer. Mais une proportion non négligeable d'entre eux exprime le sentiment d'être mal préparée pour répondre aux questions des patients, et certains sont traversés de doutes concernant l'utilité et le rapport bénéfice-risque de certains vaccins (10).

Si le vécu des médecins face à l'hésitation vaccinale a été déjà étudié en France (10), celui des internes de médecine générale reste méconnu. La population des futurs médecins généralistes français connaît pourtant des enjeux spécifiques. Elle manque précisément d'expériences personnelles et professionnelles sur le sujet, et n'a que peu été exposée ou formée aux maladies infectieuses pour lesquelles la vaccination est obligatoire aujourd'hui (12). De plus, les internes ont connu plusieurs polémiques sanitaires vaccinales, dont celles concernant le vaccin VHB et ou la gestion de la pandémie de grippe A/H1N1. Pour finir, ils appartiennent à la même tranche d'âge (13), présentent un niveau d'éducation similaire (14), et sont issus de milieux sociaux comparables (15) à ceux des parents hésitants (16).

Objectif de l'étude – *Ce travail de recherche qualitatif étudie le ressenti des internes de médecine générale des Hautes-Alpes face à l'hésitation vaccinale. Il explore leurs représentations et leurs stratégies de communication, qui sont mises à l'épreuve par la confrontation à trois arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants.*

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Le choix de privilégier une méthode qualitative a été guidé par la question de recherche, à savoir comprendre les représentations et les stratégies de communication des internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Souvent opposée à la méthode quantitative et soupçonnée d'être « *insuffisamment scientifique* » (17), elle paraît pourtant adaptée à « *toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive* » (18). Elle explore l'existence, la signification de phénomènes sociaux et permet d'élaborer des hypothèses selon une méthode inductive, quand la recherche quantitative s'attache à la mesure de variables quantifiables et teste des hypothèses selon une méthode déductive.

2.2 Population étudiée

Les internes interrogés ont été recrutés parmi une population d'internes de médecine générale, effectuant leur stage dans les Hautes-Alpes (05), pendant le semestre novembre 2019-mai 2020.

Le recrutement a été effectué en *boule de neige*, via courriels, SMS ou contact personnel, en demandant à chaque enquêté s'il connaissait un interne susceptible de participer à l'étude. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à *saturation des données*, c'est-à-dire lorsque les données recueillies et leur analyse n'ont plus fourni d'éléments nouveaux à la recherche en cours. Ainsi, comme préconisé par la méthodologie de la recherche qualitative, le nombre d'enquêtés n'a pas été déterminé *a priori*, mais obtenu de telle manière qu'aucun nouveau concept majeur n'apparaisse avec la réalisation d'entretiens supplémentaires. Par ailleurs, le recrutement a été réalisé afin de privilégier la variété des profils et des idées. Il est important de noter que le concept de représentativité statistique ne s'applique pas au cadre de la recherche qualitative. Dans ce cadre, où « *l'insignifiant statistique est sociologiquement significatif* » (19), un signe unique peut faire sens.

Tous les internes sollicités ont accepté la proposition de réalisation d'un entretien. La recherche était présentée comme portant sur leur vécu et leur ressenti concernant l'hésitation vaccinale en général, et celle des jeunes parents en particulier. Il a été spécifié aux internes interrogés qu'ils pourraient être exposés à des arguments susceptibles d'être

avancés par des patients hésitants, ce qui n'a pas été un frein à leur recrutement. Toutefois, ces arguments n'ont pas été détaillés en amont des entretiens, afin de ne pas altérer la spontanéité de leurs réactions.

2.3 Élaboration du questionnaire

Le guide d'entretien a été élaboré autour de trois axes : les représentations des internes sur la vaccination, ses bénéfices et ses risques ; leur vision des causes et des conséquences de l'hésitation vaccinale, leurs stratégies d'argumentation et les axes d'amélioration à apporter à la prise en charge des patients hésitants ; et enfin la présentation de trois arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants, ainsi que leurs réactions à leur sujet.

Les entretiens étaient semi-dirigés, composés de questions ouvertes, avec un guide d'entretien évolutif au cours de l'étude. Le guide d'entretien a principalement été modifié pendant les trois premières entrevues, les questions les moins pertinentes étant ajustées pour explorer au mieux la problématique. L'objectif a été d'épurer l'entretien, de gagner en fluidité et d'affiner la présentation des arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants.

Ces derniers arguments ont été tirés d'un livre écrit par M. Georget (20), biologiste français et militant anti-vaccination, membre du conseil scientifique d'une association controversée, le Comité de recherche et d'information indépendantes sur le génie génétique (CRIIGEN). Cette association communique auprès du grand public et des professionnels de santé, comme ce fut le cas lors d'un événement organisé le 18 janvier 2019 à Marseille, par l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS ML PACA), « La médecine libérale en congrès ». À cette occasion, le président du CRIIGEN et le président de son conseil scientifique ont donné trois « conférences exceptionnelles » sur les huit conférences de cette journée. La promotion du livre de M. Georget est assurée sur le site internet du CRIIGEN en termes élogieux (21). L'annonce de son décès en mars 2019 y fait l'objet d'un article, accompagné de la mention de ses deux livres *Vaccinations, les vérités indésirables* et *l'Apport des vaccinations à la santé publique, la réalité derrière le mythe*, ainsi que des liens vers trois de ses conférences (22).

Notons que les internes de médecine générale d'Aix-Marseille étaient invités à participer à ce congrès pour valider les « auto-apprentissages » indispensables à la validation de

leur année d'enseignement. Il paraît donc envisageable que les internes de médecine générale soient un jour confrontés à ce type d'arguments, de la part de leurs patients ou lors d'événements de cet ordre.

2.4 Recueil de données

Les quatorze entretiens semi-dirigés se sont déroulés quasi exclusivement en face à face, au domicile des internes, à celui de l'enquêteur ou dans un lieu public, à l'appréciation de l'enquêté. Un seul entretien a été réalisé par téléphone. Ils ont été enregistrés sur dictaphone et retranscrits mot à mot par un logiciel propriétaire (Microsoft Word®) dans un délai de 72 heures, en conservant les silences, les rires et les mimiques à l'aide de didascalies.

Il faut noter que les entretiens ont été réalisés par un enquêteur unique, au cours des mois de décembre 2019 et janvier 2020, donc avant que la crise de la Covid-19 ne prenne l'ampleur que le monde a connue par la suite. Il était initialement prévu de réaliser un *focus group*, regroupant tous les internes interrogés, pour échanger leurs ressentis sur le thème de l'hésitation vaccinale, et revenir sur leurs impressions après confrontation avec les arguments présentés au cours des entretiens. Mais un tel regroupement a été empêché par le confinement imposé par la crise sanitaire du printemps 2020, puis par la fin du semestre, aboutissant au déménagement de plusieurs internes hors du département.

Par ailleurs, et de manière inattendue, les arguments critiques de la vaccination ont parfois provoqué une déstabilisation profonde des convictions de l'enquêté. Chaque entretien a donc été suivi d'une démonstration des biais des arguments présentés, et d'une contre-argumentation basée sur les données acquises de la science, afin que l'adhésion des internes à la vaccination ne soit pas altérée par cette recherche.

2.5 Analyse de données

L'analyse des données s'est appuyée sur la méthode de théorisation ancrée (*grounded theory*), telle que décrite par B. Glaser et A. Strauss (23), popularisée en France par P. Paillé (24). Cette démarche préconise la simultanéité de la collecte et de l'analyse des données, ce qui permet de mieux orienter en retour les entrevues et les observations

ultérieures. De cette manière, « l'analyse pilote la collecte », et permet de faire évoluer le guide d'entretien.

Chacune des étapes d'analyse des données a été réalisée par deux enquêteurs, afin d'assurer une « triangulation des chercheurs » (25), ayant pour but de minimiser les biais de préconception. Ce « double codage » a été effectué avec l'aide d'une chercheuse externe, docteur en médecine, et formée à la méthode qualitative.

L'analyse intervenant après chaque entretien comprenait d'abord une première lecture flottante, suivi d'un travail de codage : à chaque *verbatim*, phrase ou groupe de mots dégageant du sens, a été attribué un *code*, soulignant la signification profonde du propos étudié. Ce travail a été réalisé avec le logiciel grand public Microsoft Excel®.

La deuxième étape consistait à porter l'analyse à un niveau conceptuel, afin de faire émerger des *catégories*, en regroupant différents codes en unité de sens. La mise en relation des catégories a permis la réalisation d'une *modélisation*, ordonnant et hiérarchisant les idées, pour « reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles » du phénomène étudié (24).

Ainsi l'analyse a gagné progressivement en abstraction, dans un aller-retour constant entre les données empiriques et l'analyse conceptuelle.

2.6 Éthique

La présente recherche repose sur des entretiens auprès de professionnels de santé et n'est pas concernée par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (loi « Jardé »), modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016. Elle ne nécessite donc pas d'avis auprès du Comité de protection des personnes (CPP), ni de promoteur ni d'assurance.

Elle ne comporte pas de collecte de données à caractère personnel au sens de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL). Les sujets ont été anonymisés par un numéro attribué par ordre chronologique (i1, i2, i3, ... , i14). Les informations personnelles telles que les noms, lieux, dates, ont été censurées lors de la retranscription et remplacées par la lettre « X », et les enregistrements ont été effacés dès les travaux de retranscriptions réalisés.

Enfin, l'étude ne comporte ni recueil de données « sensibles » – orientation sexuelle, religion, violence, etc. – ni entretien avec des personnes mineures ou majeures sous

mesures de protection. Par conséquent, elle n'a pas nécessité de soumission à l'aval d'un comité d'éthique.

L'évaluation des aspects éthiques de ce travail de recherche a été réalisée à l'aide de l'outil fourni par le département universitaire de médecine générale (DUMG) de la faculté d'Aix-Marseille « Démarches réglementaires pour ma thèse, 2019.06.17-RIPH+RGPD v1.1 » (26).

3. Résultats

Les quatorze entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre décembre 2019 et janvier 2020, avant la situation de crise sanitaire mondiale due au SARS-CoV-2. La saturation des données a été obtenue au 13^e entretien et s'est confirmée avec le 14^e interne. La durée des enregistrements s'étendait de 38 à 72 minutes, avec une médiane à 54 minutes. Les internes sélectionnés présentaient des profils variés, tant sur leur parcours universitaire que sur leurs connaissances vis-à-vis de l'enjeu vaccinal. Aucune donnée à caractère personnel n'a été conservée dans les retranscriptions, et les verbatims ont été dégenrés afin d'en parfaire leur anonymisation.

3.1 Les internes et la vaccination : entre confiance et lacunes

Dans un premier temps, nous étudierons la représentation que les internes en médecine générale ont de la vaccination. Celle-ci semble marquée par une profonde confiance dans les vaccins et leurs bénéfiques, qui contraste avec des lacunes assumées concernant leurs connaissances théoriques. Puis, nous explorerons la perception de l'hésitation vaccinale qu'ont les internes, autant dans les causes qui la sous-tendent que dans les conséquences qu'elle produit.

3.1.1 Une profonde confiance dans le système vaccinal

3.1.1.1 Un attachement marqué aux bénéfiques de la vaccination

La plupart des enquêtés se décrivent comme appartenant à une génération d'internes très confiante dans la vaccination, qui leur paraît être un progrès évident.

i11 : « *Nous les internes, on pense que les vaccins c'est une avancée phénoménale de la médecine, ça a permis d'éradiquer plein de maladies et c'est la meilleure prévention qui puisse exister.* »

i8 : « *Je ne me suis jamais dit "et si les anti-vaccins avaient raison ?", ça ne m'a jamais traversé la tête...* »

i7 : « *J'ai du mal à aborder, justement, quelqu'un qui a des réticences vis-à-vis des vaccins, parce que pour moi c'est EVIDENT !* »

La vaccination est parfois perçue comme un héritage, un legs que l'on se doit de transmettre.

i9 : « *Il faut continuer de se faire vacciner pour que ça perdure et qu'on continue à sauver des gens avec. [...] on se dit que s'il y en a qui ne veulent pas faire vacciner leurs enfants, ça peut mettre en péril ces évolutions.* »

Cette confiance globale dans la vaccination semble sous-tendue par la crédibilité des experts et des enseignants, à l'origine des recommandations vaccinales.

i4 : « *C'est vrai j'avoue je fais confiance à tous ces gens qui font les recommandations... je leur fais confiance... à ces entités-là... même sans les connaître (rires).* »

i2 : « *Euh... pourquoi est-ce que j'ai foi dans les vaccins alors que ? Ben... euh.... J'sais pas. J pense que je fais confiance, un peu, dans les connaissances qu'on m'a données.* »

3.1.1.2 L'hésitation vaccinale des soignants considérée comme inacceptable

Pour la plupart des internes, l'adhésion à la vaccination est telle qu'il semble intolérable que certains soignants, formés, puissent faire preuve d'hésitation vis-à-vis de celle-ci.

i7 : « *Je trouve ça difficile à comprendre pour quelqu'un qui a fait nos études, de partager cette hésitation vaccinale. On peut toujours comprendre les gens mais les médecins, non.* »

D'autant que cette hésitation porterait préjudice à la prise en charge des patients, le corps soignant étant supposé servir d'exemple à la population générale.

i6 : « *L'hésitation vaccinale, on a l'image des patients qui sont réfractaires, mais il y a aussi beaucoup de soignants qui le sont. Beaucoup d'infirmières par exemple. [...] forcément... si les soignants sont pas convaincus... on risque pas d'enlever l'hésitation vaccinale chez les patients.* »

Ce constat peut être à l'origine d'un conflit de génération avec des médecins plus âgés, dont ils perçoivent la formation comme étant moins basée sur les preuves.

i14 : « *Oui je pense qu'il y a une vraie différence avec les anciens médecins, qui ont pas eu du tout la même formation que nous. [...] nous on a une formation initiale assez complète, on est très avertis, très sensibilisés au vaccin. On a beaucoup plus l'habitude*

de se fier et de suivre des recommandations. Parce qu'on fait confiance, on sait que c'est basé sur l'Evidence Based Medicine. Alors que les anciens médecins, je pense qu'ils ont pas appris la médecine pareil. »

3.1.1.3 Une confiance en leur capacité à convaincre

De manière générale, les internes rapportaient une certaine assurance quant à leur capacité à convaincre les patients hésitants.

i3 : « Enfin moi, à chaque fois je discutais, alors peut être que ça me prenait plusieurs consultations, mais à chaque fois j'ai réussi à finir par le vacciner hein, le gamin. »

i1 : « Je pense qu'on peut faire euh... changer les mentalités. Assez facilement et sans que la consultation soit plus difficile. »

En ce sens, la formation sur les vaccins est perçue par certains comme suffisante...

i1 : « Je pense, bien... six heures de cours attribuées uniquement aux vaccins, [...] c'est assez, parce qu'on les revoit quand même en pédiatrie, en infectieux, on les voit pas mal de fois quand même. »

... ou simplement, l'ampleur des connaissances à acquérir est telle qu'il semble de toute façon nécessaire de compléter sa formation par une approche autodidacte.

i3 : « Et y a tellement de trucs à faire que je pense qu'il faut accepter de se former par soi-même, sur pas mal de choses. »

Quant à la question de la formation à la communication, certains la considèrent inappropriée, l'assimilant péjorativement à la politique ou au commerce.

i3 : « J'pense vraiment que t'as des quantités de cours qui sont tellement denses que t'as pas le temps, en fait de rajouter des formations sur la gestion de la communication comme ils font à Sciences Po, ou je sais pas quoi. [...] J'sais pas, moi je suis pas sûr-e d'être pour avoir une formation sur comment vendre les trucs [...] j'pense pas que ça soit utile, parce que du coup, tu deviens dans un poste de... de vendeur ! [...] Tu deviens un-e commercial-e de santé publique, en fait. »

En effet, la capacité à communiquer était parfois décrite comme « innée », ne nécessitant donc pas de formation particulière.

i14 : « *Moi je trouve que c'est quelque chose qui est assez inné [...] Je pense que l'enseignement de la communication, tel qui nous offert, est suffisant.* »

3.1.2 Une confiance qui contraste avec l'aveu de profondes lacunes

3.1.2.1 La frustration devant un sujet mal maîtrisé et donc mal abordé

Lorsque l'on approfondit la question de la vaccination, un sentiment de méconnaissance générale sur le sujet apparaît parfois, qui expliquerait le manque d'informations données aux patients.

i8 : « *Je pense aussi que c'est pas toujours clair pour les professionnels de santé, et que quand les patients abordent le sujet, on est peut-être pas assez réactifs, pas assez calés sur le sujet, pour les rassurer là-dessus, enfin... donc ouais, c'est un sujet qui est mal maîtrisé par les patients, mais aussi par les professionnels de santé quoi.* »

Pour compenser ces lacunes, certains internes préfèrent rester évasifs avec leurs patients, lorsque ce sujet insuffisamment maîtrisé est abordé.

i9 : « *Je pense que parfois je suis un peu perdu-e parce que je connais pas forcément toutes les études qui ont été faites, [...] donc c'est vrai qu'on est plutôt, je pense, évasifs, et on essaie de leur dire le peu qu'on sait, pour qu'ils aillent dans ce sens-là...* »

Le manque de connaissance concerne parfois plus spécifiquement les maladies à prévention vaccinale, ce qui peut, en partie, s'expliquer par leur raréfaction.

i1 : « *Je suis pas un-e pro' des maladies infectieuses euh... quand on parle de diphtérie par exemple, je sais vaguement que c'est une sorte d'angine mais euh... on l'apprend quasiment plus et... personne euh... enfin j'ai jamais vu de diphtérie dans ma vie ou même de tétanos, hein, en réalité.* »

Certains expriment une frustration à l'idée de manquer d'expériences marquantes à transmettre aux patients, en plus de méconnaître les données épidémiologiques.

i4 : « *Et nous en tant qu'internes on n'a pas forcément été confrontés, je sais pas... à des méningites foudroyantes, chez des enfants... moi dans ma pratique j'en ai réellement pas vues, mais j'en ai entendu parler.* »

i7 : « *Mais c'est vrai que je connais pas les chiffres des maladies, ou de protection par les vaccins, je connais aucun chiffre en fait ! (rires)* »

Ces lacunes globales génèrent chez certains un sentiment d'insatisfaction altérant la qualité de leurs interactions avec les patients.

i6 : « *Mais contrer toutes les polémiques que les patients ont pu entendre dans les médias, à part dire un truc que je dis tout le temps [...] "Ah non ! Mais ça, ça n'a pas été prouvé en fait" (rires), c'est la phrase qui tue ça. Si je me mets à leur place, c'est pas très satisfaisant. C'est un truc sur lequel je suis en difficulté... et où j'aimerais avoir plus de répondant.* »

i10 : « *J'me rends compte que finalement, j'ai pas beaucoup d'infos en fait sur les vaccins, j'ressors un peu toujours les mêmes arguments...* »

Cette incapacité à défendre la vaccination par des arguments pertinents participerait à alimenter le doute des patients. Comment demander à son interlocuteur de croire à ce que l'on ne sait pas justifier, quand la confiance est au cœur de la relation ?

i6 : « *Tout est centré sur la confiance. Ce qui, du coup, n'est pas un argument terrible, si on se réfère au fait, que moi, j'ai pas les réponses aux arguments antivax... Donc je peux pas demander une confiance aveugle, puisque moi je manque d'arguments en fait...* »

3.1.2.2 Un déficit d'aide institutionnelle et universitaire

3.1.2.2.1 *Une formation remise en question*

Alors que pour certains la formation semblait suffisante, pour d'autres elle paraît très superficielle, se limitant au seul apprentissage du calendrier vaccinal.

i7 : « *Après, la vaccination c'est pas un item à part entière pour l'ECN, [...] ce qu'il faut savoir pour l'ECN, c'est le schéma vaccinal. Oui en fait, c'est ça, en fait c'est vrai, ce qu'il faut savoir pour l'ECN, c'est le schéma vaccinal, c'est tout !* »

i8 : « *J'ai limite appris que le schéma vaccinal... ça résume bien !* »

i12 : « *On apprend juste le calendrier vaccinal et on nous dit "Il faut faire ça". [...] On nous a à peine parlé de l'hésitation vaccinale, et des études, mais c'était hyper vite passé, j'ai pas l'impression qu'on nous ait vraiment formé à ça. »*

La formation sur les vaccins est décrite comme diluée dans une quantité massive de connaissances à acquérir.

i1 : « *(prend une grande inspiration) Mmmh, elle est noyée par... (rires) parmi un nombre incalculable de cours. »*

i4 : « *Le nombre d'heures de cours sur les vaccins... je dirais une heure ? (rires) j'ai dû avoir UN cours ? [...] C'est dommage, après 9 ans d'études... »*

Certains critiquent le temps passé à approfondir des pathologies rares, et revendiquent l'accès à une formation recentrée sur l'essentiel.

i6 : « *On a passé beaucoup plus de temps à nous apprendre des choses... rares ou pointues... à aborder au maximum les spécialités... pourtant les vaccins c'est un peu la base, ça fait partie de la prévention ! »*

i12 : « *Il nous manque pleins de cours pratiques sur ce qu'on fait au quotidien en médecine générale, alors qu'on est hyper "au taquet" sur certains anti-cancéreux... »*

D'autres internes regrettent que l'aspect purement technique de la vaccination ne leur soit pas enseigné, ce qui les pousse à devoir expérimenter.

i10 : « *On ne nous en parle pas de l'aspect pratique [...]. Au final, je sais toujours pas s'il faut purger l'air des vaccins ! [...] que tu saches plus ou moins l'installer, que tu le fasses au sein, pas au sein, que t'aies la technique... pour les rassurer [...] ça peut jouer dans le côté « le vaccin c'est la consult qui fait pleurer ton gamin », quoi, tu vois (rires). En fait tu te formes toi-même, c'est ça qui est fou ! »*

En effet, le vaccin est parfois présenté comme un acte simple et évident, qui ne mériterait pas un enseignement approfondi, ce qui peut laisser les internes démunis face aux patients hésitants ou militants.

i14 : « *C'est une simple piqûre en soi. Pour certains vaccins, même les infirmiers et les pharmaciens peuvent le faire maintenant. Et du coup je pense que les enseignants se sont dit qu'ils avaient des choses plus importantes, plus compliquées à nous transmettre.*

La question de la légitimité de la vaccination était devenue subalterne parce que pour les enseignants, le vaccin, c'est une évidence. Et aujourd'hui on en paye les frais. »

i7 : « *L'argument des anti-vaccins c'est "oui, oui, t'façons vous avez pas de bouquin de vaccination, on vous en parle trois lignes dans vos études, c'est quoi vos arguments ?", et d'ailleurs c'est pas faux... »*

Dans ce contexte, certains apprécieraient de bénéficier d'une formation plus adaptée à la montée de l'hésitation vaccinale chez les patients.

i11 : « *J pense que vu qu'il y a de plus en plus d'antivax, peut-être que ça devrait évoluer, on devrait avoir des cours sur comment aborder la vaccination avec les patients. »*

Il pourrait alors être intéressant d'intégrer des réponses aux arguments des hésitants dans le cursus de médecine générale, afin de pouvoir explorer le sujet sous tous les angles, et être préparés à cette consultation difficile.

i11 : « *On ne nous donne pas les arguments pour nous défendre face à ce genre de revendication. [...] c'est bien joli de critiquer les antivax, mais si on nous donne pas, à nous, les moyens de leur expliquer le pourquoi du comment, c'est normal que ça évolue pas. »*

i5 : « *Je pense que c'est pas très bien d'aller que dans un sens, qu'il faut explorer tous les côtés du problème, qu'on aurait dû nous dire... les arguments des deux camps ! »*

Car ce combat en faveur de la vaccination semble fastidieux pour certains, notamment par manque d'outils argumentatifs, qui se devraient d'être transmis par les enseignants et les institutions.

i6 : « *Si... nos enseignants pensent que les vaccins c'est si bien que ça, on nous a pas assez donné les armes pour après transmettre à nos patients... »*

i10 : « *Tout ce qui est ministère de la Santé, tout ça, se reposent sur les médecins généralistes sans leur donner la formation nécessaire et les informations complètes, et encore une fois, voilà, on se repose sur nous en se disant que, de toute façon, on va s'en sortir. »*

3.1.2.2 Un déficit d'aide institutionnelle

Face aux hésitations, des enquêtés déplorent le manque d'outils pratiques pédagogiques mis à disposition par les institutions pour appuyer leurs argumentaires.

i10 : « *J'trouve qu'il y a pas beaucoup d'outils pédagogiques pour que les gens comprennent vraiment les épidémies, les maladies qui existent toujours [...] J'pense qu'au niveau de la communication gouvernementale, au niveau des outils, pour expliquer les vaccins, y a beaucoup de choses qui sont mal faites... »*

En effet, la plupart des sources informatives disponibles n'aborderaient pas les questions que peuvent se poser les patients.

i4 : « *Des reco' comme la HAS... Enfin je pense que c'est pas hyper adapté, c'est pas forcément axé sur les questions que peuvent se poser les patients c'est... axé sur le fait qu'il faut le faire... de cette manière-là... Et y'a pas forcément les réponses aux questions des patients »*

i6 : « *C'est plus axé posologie, fréquence d'administration... plus axé médecin, quoi faire en pratique, ça aide pas le médecin à répondre aux hésitations. »*

3.1.2.3 Des sources peu attractives pour une activité chronophage

Les lacunes rapportées par les internes sont parfois imputées à un manque de temps, la quantité de connaissances à actualiser en permanence étant considérable.

i4 : « *Oui j'ai pas mal de difficultés à parler des effets indésirables des vaccins parce qu'effectivement les patients sont très informés [...] parce qu'ils vont beaucoup dans la littérature... parce qu'au final nous on a beaucoup, beaucoup de choses sur lesquelles on doit potasser en permanence... »*

i8 : « *Bah disons que tu passes quand même pas mal de temps à trouver des infos fiables [...] donc en consultation de med'gé', bah tu l'as pas ce temps-là quoi. »*

Plusieurs enquêtés n'hésitent d'ailleurs pas à exposer leur manque d'implication personnelle sur le sujet.

i1 : « *Après, moi, c'est vrai que... je cherche pas, non plus, à savoir trop... C'est vrai, c'est une vérité. [...] j'avoue que j'ai pas cherché à lire... ce qu'ils avaient lu pour euh... dire que le vaccin n'était pas bien... »*

i6 : « *Je m'en veux parce que c'est peut-être de la paresse de ma part, de ne pas me renseigner davantage... sur tous ces trucs d'effets indésirables... »*

La principale problématique rapportée est l'aridité de la littérature scientifique, et la laborieuse accessibilité des sources pertinentes et pédagogiques.

i6 : « *D'autant qu'on sait bien où chercher, nous, les sources scientifiques... mais pour toutes ces problématiques-là, à part aller éplucher des pages et des pages d'études... enfin peut-être que je le fais mal, mais je me sens démuni-e là-dessus quoi. »*

i11 : « *J'veis pas faire de bibliographie sur PubMed parce qu'un patient m'a posé UNE question tu vois ! (rires) »*

3.1.3 La représentation de l'hésitation vaccinale

3.1.3.1 L'hésitation vaccinale et le paradigme du manque d'information

Pour beaucoup d'internes, l'hésitation vaccinale est principalement la conséquence d'un manque d'informations, qui pourrait être comblé par un apport de connaissances adaptées.

i2 : « *Après je pense aussi que [l'hésitation] vient d'un... d'un manque d'éducation et d'un manque de compréhension de ce que sont les vaccins. »*

i3 : « *Les gens ils comprennent pas ce qui leur arrive, ils comprennent pas pourquoi ils sont vaccinés, ils comprennent pas à quoi ça sert, et euh... et moi, mon rôle, c'est de leur apporter cette information... manquante. »*

i12 : « *S'il y a de l'hésitation vaccinale, il y a forcément une méconnaissance, une méconnaissance de pourquoi on vaccine, ils ont entendu qu'il fallait vacciner, mais ils savent pas trop pourquoi, contre quel danger... »*

Cela pourrait parfois être simplement dû à l'ignorance des recommandations en vigueur.

i7 : « *Les gens pensent parfois que l'enfant est à jour, alors qu'en fait non, voilà, parfois c'est plus un oubli que... »*

Pourtant, comment attendre des patients qu'ils soient informés, si les soignants eux-mêmes rapportent des lacunes ?

i6 : « *On nous répète que les vaccins c'est bien, mais on ne parle pas assez de pourquoi est-ce qu'il y a une hésitation vaccinale, pourquoi est-ce qu'il y a une polémique [...] c'est compréhensible que si même nous, en tant que soignant, on n'est pas assez informés, c'est compréhensible que les patients ne soient pas... »*

En ce sens, l'obligation vaccinale, mise en place pour pallier à la croissance de l'hésitation, ne serait donc pas la meilleure solution.

i3 : « *Je pense pas qu'il faille obliger les vaccinations pour tout le monde. J pense qu'il vaut mieux éduquer qu'obliger, en fait, les gens. »*

3.1.3.2 L'incompréhension entre deux mondes cloisonnés

Plusieurs internes constatent que l'hésitation vaccinale génère un isolement qui s'auto-entretient via la formation de groupes cloisonnés.

i7 : « *Ça les isole un peu de la réalité, ils sont comme dans une bulle... une bulle qui leur dit qu'ils ont raison de penser ce qu'ils pensent... »*

Cette déconnexion est en partie renforcée par la position sociale privilégiée des médecins.

i2 : « *Nous on appartient au système. La médecine, c'est le système. On gagne "masse" de thunes, euh... on fait des études, parce qu'en général on vient de gens qui ont fait des études, en gros on n'a jamais... on n'a jamais trop souffert, par rapport à la majorité des gens euh... on répète, euh nous on est... on est des robots, hein. »*

i7 : « *Nous, on est aussi dans une bulle hein ! »*

La scission entre le corps médical et les hésitants pourrait s'expliquer par une montée des frustrations face à un système injuste et inégalitaire, auquel les médecins seraient assimilés.

i2 : « *Y'a tout le monde dans lequel on vit, qui nous stresse, y'a énormément de gens qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, y'a énormément de gens, y'a une hausse des inégalités, en gros, y'a le pool de personnes qui est énervé, frustré, et qui a pas le*

temps de se renseigner, et ça explique peut-être une perte de confiance dans la médecine occidentale, et même dans la science en général. »

Pour les internes interrogés, cette incompréhension mutuelle aurait permis l'éclosion d'un marché lucratif pour les militants anti-vaccination.

i8 : *« Moi j'ai regardé un peu là, t'as énormément de livres, t'as plus de livres anti-vaccins que de livres qui prônent les bénéfices de la vaccination, c'est un gros, GROS marché. »*

3.1.3.3 L'émergence d'internet comme source concurrente d'informations

La généralisation de l'accès à internet semblerait accroître la visibilité des contenus critiques de la vaccination, et pourrait, par égalisation des discours experts-profanes, pérenniser la défiance.

i1 : *« Maintenant qu'internet s'est démocratisé, vu que chacun a la parole, d'égal à égal [...], ce qui... se voit le plus n'est certainement pas le plus euh... construit et comment dire ? Raisonnable, le plus utile à l'éducation des patients quoi. »*

i7 : *« Je me mets à la place d'une personne qui connaît pas trop le sujet et qui regarde ça, et en fait on peut facilement se laisser embarquer dans les argumentations de certains, mais sans aucun fait scientifique [...], on voit qu'il parle bien, on voit qu'il a de bons arguments, ça nous donne envie d'y croire quoi. »*

La dérégulation du marché de l'information sur internet serait à l'origine d'un afflux de fausses informations.

i3 : *« Maintenant avec le fait que ben, internet c'est... par exemple c'est très bien hein ! Y'a plein d'avantages, etc., mais du coup tellement d'informations, qui arrivent tellement vite, que les informations sont moins vérifiées, au final. Et du coup, les gens ils baignent dans des... dans pleins d'informations, qui sont fausses. »*

Certains internes ont constaté que les réseaux sociaux les exposent aux discours des militants anti-vaccination, sans même qu'ils en aient fait la recherche. Pour eux, ces arguments pourraient orienter insidieusement les opinions.

i7 : « *Et le pire, c'est que t'as pas à faire la démarche. C'est des trucs que tu regardes sur ton mur Facebook, et là tu vois "un ami a commenté ça", [...] ça formate leur avis, j'pense que ça leur... enfin moi j'pense que quand on a pas d'avis sur quelque chose et qu'on voit des avis de certains, bah on prend position, forcément [...] et c'est forcément des trucs négatifs... Enfin le clash est plus attractif. »*

D'aucuns pensent que la médiatisation de l'hésitation vaccinale amplifie le phénomène en cristallisant une méfiance dans la population.

i11 : « *On en parle tellement, c'est tellement médiatisé, que ça augmente l'inquiétude des gens, c'est comme le coronavirus, plus on en parle, plus tout le monde est inquiet. [...] Même sans comprendre parfaitement, ça crée une méfiance, parce qu'on se dit qu'il n'y a pas de fumée sans feu. Si on n'en parlait pas autant, j'pense qu'il y aurait moins de gens qui se seraient posé la question "est-ce que vraiment les vaccins c'est bon pour la santé ?", et ils feraient plus confiance à leur médecin qu'aux médias... »*

Pour finir, même si la population la plus opposante est minoritaire, elle semble être plus militante, et donc plus active sur les réseaux.

i8 : « *Les anti-vaccins sont minoritaires et on les entend plus [+] quoi... »*

i11 : « *C'est comme les avis sur Google, c'est ceux qui sont contre qui vont le plus revendiquer, et du coup, de la population générale, on entend plus les avis négatifs quoi, les révolutionnaires ! (rires) »*

3.1.3.4 L'hésitation vaccinale, un phénomène socioculturel ?

Pour beaucoup, la perception de la vaccination découle de l'éducation que l'on a reçue, et du bain culturel dans lequel on s'est construit.

i6 : « *Dans mon cas c'est peut-être un peu biaisé... [un membre de ma famille] est médecin. J'ai toujours été vacciné-e. J'ai toujours entendu dire que c'était bien la vaccination en fait, depuis petit-e, peut-être que ça a joué... si j'avais été d'une famille différente, ça aurait été différent. »*

Plusieurs internes pensent que l'hésitation vaccinale est surtout le fait de sujets issus d'un niveau socioculturel élevé, ayant accès à de multiples sources informatives et n'ayant pas peur de s'opposer au discours médical.

i10 : « *Et finalement j'ai remarqué que c'était les gens qui étaient quand même assez éduqués qui faisaient pas vacciner leurs enfants [...] c'est eux qui ont un angle d'attaque vis-à-vis des lobbys pharmaceutiques, qui réfléchissent économiquement parlant [...] j pense qu'ils estiment qu'ils peuvent avoir autant de réflexion que toi, que t'es pas au-dessus d'eux, et que t'as pas la science infuse. »*

i5 : « *Je pense que l'hésitation vaccinale, elle est très présente dans une population assez instruite en fait, qui remet en question beaucoup de choses... de la société, de faits sociétaux, de la politique [...] qui ne boit pas la parole du médecin... parce qu'ils ont eux-mêmes des arguments, qu'ils étudient... »*

L'hésitation vaccinale pourrait être une dérive d'une démarche initialement saine, visant à limiter tout type de sur-médication, que l'on retrouverait plus spécifiquement dans certaines populations.

i10 : « *Mais y'a une part de bobos... enfin ouais, des gens qui veulent se soigner avec les plantes, qui veulent... et moi j'trouve ça très bien hein, parce que la sur-médication, enfin moi j'déteste ça, les ordonnances que je fais à mes patients, y a le moins de médicaments possibles, [...] mais du coup y'a des fois, voilà, on va un peu trop loin là-dedans j'trouve, ils vont trop loin, et... et juste se soigner qu'avec des plantes c'est... »*

Enfin, le statut du médecin paternaliste ayant évolué dans les mentalités, les patients pourraient se sentir à présent plus libres d'exprimer une opinion contraire à celle des soignants.

i1 : « *C'est que la parole se libère. Les patients, peut-être, n'avaient pas envie de faire ce que leur médecin leur disait avant, euh mais ils le faisaient parce que c'était le médecin [...] alors que maintenant euh... les patients euh... Osent dire qu'ils ne sont pas d'accord avec le médecin. »*

i12 : « *Maintenant les patients se posent des questions, et quand on leur prescrit un médicament, ils veulent comprendre pourquoi, c'est plus le médecin paternaliste. »*

3.2 La consultation avec un patient hésitant

Dans cette deuxième partie, nous verrons comment les internes perçoivent la consultation avec le patient hésitant, quelles émotions les traversent, et quelles stratégies ils emploient pour déjouer la méfiance des patients. Enfin, nous détaillerons les éléments qui leurs semblent essentiels à une consultation réussie.

3.2.1 Une consultation qui déclenche des émotions fortes

3.2.1.1 Un sujet qui provoque du ressentiment

3.2.1.1.1 *L'énervement contre l'égoïsme des patients*

Lorsque les internes sont interrogés sur leur ressenti à l'issue des consultations avec des hésitants, un mélange d'émotions est rapporté avec, parfois, en premier lieu, une certaine colère, un agacement.

i1 : « *Déjà ça m'énerve, la première réaction c'est que ça m'énerve (rires), alors que ça... ça devrait pas, mais...* »

i4 : « *En fait comme c'est un sujet... heu... hyperpolémique, du coup il y a tout de suite... une sorte de... on est... une sorte d'agacement immédiat, car du coup, on se dit "et voilà, ça y'est, putain... on va devoir redéballer tout le speech sur les vaccins"* ».

i10 : « *Bah j'avais pas mentir, en général ça m'énerve, vraiment (rires). J'essaie de pas le montrer, j'essaie de travailler là-dessus, [...] mais y'a vraiment des choses qui m'insupportent.* »

Pour d'autres, la confrontation à un hésitant génère même un certain mépris, qui ne peut cependant pas être exprimé.

i3 : « *C'est compliqué parce que tu peux pas arriver et leur dire "ben non, putain mais vous êtes trop cons quoi", ça se fait pas de dire ça aux gens, tu le penses intérieurement, hein ? Mais tu... tu peux pas leur dire au fond (rires).* »

Ces émotions négatives sont justifiées par l'impression que le refus de vaccination provient d'une attitude égoïste.

i7 : « "Je suis pas malade, j'ai pas besoin de le faire !" C'est ça qui est énervant aussi, c'est que les gens sont égoïstes, ils sont pas éclairés sur le sujet. »

i10 : « En fait je trouve ça tellement irresponsable que j'ai vraiment du mal à leur dire "Bon bah d'accord, j'comprends...", je trouve ça trop irresponsable, pour leurs propres enfants, et pour la société autour. J'trouve que c'est... voilà, j'trouve que c'est irresponsable. »

Certains reconnaissent même anticiper un conflit sur le sujet de la vaccination en se basant sur des préjugés.

i2 : « Le patient euh tu le vois avec ses... ses babouches et euh... j'en sais rien moi (rires) et ses rastas et [...] tu vas commencer à toi-même te dire "Oulala, lui il va me... il va me souler avec ses trucs"... du coup tu vas être déjà dans le conflit, avant même qu'il y ait conflit. »

3.2.1.1.2 La remise en question de ce que l'interne représente

Si certains ressentent de l'irritation face à l'hésitation vaccinale, c'est peut-être parce que, par extension, elle remet en question tout ce que l'interne a appris lors de son cursus...

i9 : « Ça nous irrite parce que de tout ce qu'on a appris dans les cours, et de la science, et à la fac et tout, enfin j' imagine qu'on nous a pas dit n'importe quoi, on n'a pas fait 10 ans d'études pour rien quoi ! »

... et blesse son ego, en tant que représentant des pratiques médicales.

i4 : « Je pense que dans le fond il y a une part d'ego, dedans, parce que on nous apprend des choses à la fac heu... pendant PLEINS d'années [...] Et du coup je pense que les patients remettent en cause ce que nous on est, et il faut apprendre à lâcher un petit peu du lest vis-à-vis de ça... oui, ils nous remettent un peu en question "nous" aussi... et parfois de manière un peu agressive, on se sent agressé dans notre pratique alors qu'on veut "les aider". »

3.2.1.1.3 Un conflit qui concerne aussi l'entourage

Le conflit autour de l'hésitation vaccinale peut parfois aller jusqu'à s'immiscer dans le cercle familial des internes, générant même des tabous.

i1 : « *En fait ma mère euh... est très réticente vis-à-vis des vaccins. Euh je lui ai jamais posé la question de... pourquoi finalement. [...] Mais j'ai pas osé... me confronter à elle. »*

i12 : « *Dans ma famille il y en a des antivax, et du coup ils ne voulaient pas que je sois vacciné quand j'étais jeune [...] Ça, on ne l'aborde plus comme sujet, par exemple. Donc oui, c'est un sujet un peu conflictuel chez moi. »*

Certains se sentent perçus comme des émissaires de l'institution médicale, et donc exposés à l'hostilité de leur entourage, qui leur reproche parfois les supposés travers de la médecine.

i14 : « *À l'époque, mes amis [hors médecine] m'ont... sommé... de leur donner les explications [au sujet du scandale du vaccin contre l'hépatite B]. Voilà c'était pas très sympathique, parce que j'ai senti cette méfiance, alors que c'étaient des amis, comme si moi je représentais l'institution médicale, et que c'était moi qui leur avais menti. »*

3.2.1.2 Une consultation redoutée par l'interne

3.2.1.2.1 *Une incertitude sur ses compétences*

Quelques internes ont été prompts à rapporter leurs difficultés à mener une consultation avec des hésitants, notamment par peur que ne transparaissent leurs lacunes.

i9 : « *J pense que je suis plutôt en difficulté, parce que je peux pas donner des détails, je reste plutôt évasif·ve dans mes explications parce que je suis pas capable de dire les effets indésirables de tous les vaccins, et j'ai peur que ça se voit ! »*

i12 : « *Pour répondre aux questions des patients, je me sens pas serein·e à 100 %... parfois il y a des arguments qui reviennent beaucoup, et alors je sais quoi dire... mais parfois je me sens un peu perturbé·e par leurs arguments [...]. Du coup j'ai de l'appréhension à entamer ce type de consultation... »*

i6 : « *Ça se voit rapidement en fait que t'a pas l'air très sûr·e de toi... pour peu que tu te mettes un petit peu à bégayer... et pour cause c'est parce que j'ai pas la réponse à tout. »*

3.2.1.2.2 Incertitude sur sa capacité à convaincre

Certains internes ont le sentiment de manquer de crédibilité face aux hésitants, du fait de leur courte expérience, mais aussi à cause de leur implication passagère dans la prise en charge des patients.

i6 : « *C'est toujours plus compliqué, d'autant plus quand t'es interne, un-e petit-e jeune comme ça, qui t'explique d'un air peu assuré "Oui oui, il faut absolument les vacciner ces gamins", alors que le gamin va très bien... Crédibilité zéro quoi !* »

La capacité à convaincre reposerait sur un argumentaire bien construit, et plusieurs internes avaient conscience de l'impact majeur des mots dans le discours.

i13 : « *J'ai l'impression que si je choisis pas les bons mots, la bonne explication, la bonne information correctement, du coup ils choisissent pas la vaccination... et j'aurai mal informé. Donc de l'appréhension, [...] je me dis que si c'est quelqu'un d'autre qui aurait expliqué, peut-être qu'il aurait su trouver les bons mots pour les convaincre.* »

i14 : « *Après c'est vrai que je me sens un petit peu sur la défensive, parce qu'il faut savoir bien présenter ses arguments. Je prends mon temps, je choisis mes mots, c'est très important.* »

D'autant que l'enjeu semble important, le risque encouru étant celui de briser une relation de confiance.

i6 : « *On sent qu'il y a quelque chose qui peut se rompre en termes de confiance, [...] même si c'est pas irréversible non plus.* »

La difficulté à convaincre en incombe aussi beaucoup à l'ardeur que certains patients peuvent mettre à s'opposer à la vaccination.

i8 : « *Ceux qui sont très renseignés sur le sujet, qui ont déjà réponse à tout... et sont plutôt là, j'ai l'impression, pour nous mettre en difficulté que pour obtenir des réponses* »

Certains rapportent des expériences personnelles d'échec à convaincre, qui pourraient être à l'origine d'une fragilisation de leur confiance en leurs facultés argumentatives.

i3 : « *Et puis t'en croises, ils te disent "Nan ! Mais moi je le fais pas vacciner, je le ferai jamais vacciner !" Et on a beau mettre tous les arguments du monde, ils veulent rien entendre et on leur fera rien entendre. On se sent impuissants là. »*

Plusieurs types d'arguments peuvent être particulièrement déstabilisants, au point de laisser parfois l'interne sans voix.

i11 : « *Après souvent j'ai pas d'arguments qui fait changer la balance, [...] franchement s'ils me parlent de l'intérêt économiques des labos... (rires). "Bah vous avez raison de me dire ça !"*

3.2.2 Les stratégies de l'interne pour convaincre

3.2.2.1 La méthode pour aborder la problématique vaccinale

3.2.2.1.1 *Une approche par l'accompagnement du patient*

L'exploration des stratégies employées par les internes pour convaincre leurs patients a mis en évidence plusieurs modes de fonctionnement. Certains questionnent les causes de l'hésitation des patients, afin de tenter d'en déconstruire les fondations.

i4 : « *J'essaierais de demander pourquoi ils ont cette hésitation-là, qu'est-ce qui les a fait hésiter ? Est-ce qu'ils ont vécu quelque chose de personnel ? Est-ce qu'ils ont vécu un truc à leur échelon individuel ? Ou est-ce que c'est des bruits de couloir, qu'ils ont entendu dans les médias ? Pour essayer de déconstruire ce schéma-là... »*

Adopter une attitude compréhensive et rassurante semblerait plus productif qu'exposer son agacement face aux hésitants.

i4 : « *Il faut arriver à mettre de côté son... énervement vis-à-vis de ça et au contraire arriver à voir la question sous-jacente... pourquoi ils ont peur de ça... et comment moi je peux intervenir pour modifier leur jugement quoi... »*

Certains obtiennent de meilleurs résultats en commençant par aller dans le sens du patient afin d'être perçu comme un allié, pour mieux réorienter ses décisions.

i2 : « *La manière qui marche le mieux, en tout cas que j'ai trouvée moi pour euh... pour convaincre les gens, c'est d'aller dans leur sens d'abord quoi. Du coup ils te voient pas*

comme un ennemi quoi, genre t'es... t'es avec eux, tu réfléchis avec eux et puis, à la fin, vous arrivez ensemble à la même conclusion, qui est TA conclusion à TOI ! (rires) »

La preuve d'une implication personnelle dans la recherche de justifications fiables à la vaccination pourrait être une clé de la démarche pour convaincre.

i4 : « Si on leur montre que nous-mêmes on s'est impliqué, on a fait des recherches, dans notre coin, qu'on a personnellement réfléchi à la question... et qu'on n'applique pas bêtement des... des recommandations HAS, des procédures qu'on aurait lues... il faut montrer au contraire qu'on s'est impliqué, qu'on s'est posé les bonnes questions, qu'on est persuadé nous-mêmes du bon fonctionnement des vaccins. »

L'intérêt porté aux pratiques de soins non-conventionnelles pourrait engendrer une plus grande adhésion de la part des patients hésitants.

i13 : « Après c'est pareil qu'avec l'homéopathie, je leur dis qu'il n'y a pas que la médecine occidentale qui soigne. [...] Souvent, ils aiment bien que je sois pro-homéopathie, ils me font plus confiance du coup. »

En tant que médecin, l'utilisation de sa propre histoire familiale et de son expérience de la vaccination permettrait au patient de mieux s'identifier à son interlocuteur.

i13 : « J'ai connu ce sentiment avant, parce que je viens d'une famille qui déteste la médecine occidentale (rires). [...] C'est pour ça que les anti-vaccins, je les prends pas de front. J'explique ce que je peux expliquer, je leur parle de mes propres vaccinations. En général souvent, il y en a qui reviennent et qui me disent : "Finalement je veux bien le rattrapage". »

i3 : « Moi j'utilise mon exemple, je leur dis que je me vaccine [...] si toi t'acceptes de le faire, j pense que ça joue, hein, dans leur réflexion. »

La présentation d'exemples concrets est parfois privilégiée par rapport à une énumération de chiffres trop abstraits.

i14 : « Je ne brusque pas trop avec des chiffres. Ça c'est quelque chose que j'essaie de ne pas faire, parce que je sais que les gens n'accrochent pas vraiment "chiffres", ils ont l'impression qu'on les manipule un peu, que c'est trop mathématique. Je parle plutôt de choses concrètes. Je prends l'exemple de certaines maladies... »

La cohésion entre médecins dans un même cabinet, avec un alignement clair des pratiques, pourrait montrer une relative efficacité.

i14 : « *Moi j'étais dans un cabinet, où ils s'étaient tous mis d'accord entre médecins, pour suivre les recommandations, et être fermes là-dessus. C'est important d'avoir une force collective pour convaincre les patients.* »

Pour finir, certains n'hésitent pas à admettre qu'ils n'ont pas la réponse à toutes les questions, l'honnêteté pouvant être source de réassurance pour les patients.

i7 : « *J'ai pas de honte à le dire, quand j'ai pas une information... enfin ça sert à rien de dire des trucs faux, mais je pense que ça rassure aussi les patients de dire que je ne sais pas.* »

3.2.2.1.2 La stratégie de la culpabilisation et l'utilisation de la peur

À l'inverse des exemples vus précédemment, certains s'appuient plus sur une forme de culpabilisation, en prenant le parti de toujours faire une remarque s'il manque des vaccins.

i10 : « *Bah les parents qui viennent avec leurs gamins qui ont de la fièvre, t'ouvres le carnet de santé, y a pas la moitié des vaccins... j'ai toujours pris part de leur faire une remarque, de leur dire : "Bah vous voyez, votre gamin, il a 40 de fièvre, il aurait eu tous les vaccins, y'a des maladies qu'on aurait pu éliminer d'emblée, maintenant bah y a des choses qu'on peut pas dire, p'tet qu'il a la rougeole, parce qu'il y a une épidémie à côté en ce moment" [...] Si je leur disais vraiment tout ce que je pensais, ça se passerait mal comme consultation (rires) [...]. T'as envie de leur dire : "Bah ouais mais si jamais je vous dis qu'il a la rougeole, vous allez être dans quel état, ça sera VOUS qui l'aurez pas fait vacciner..." »*

S'appuyer sur la tragédie qui touche certains enfants non vaccinés peut parfois être un argument cinglant.

i2 : « *Je pense que ce que je dirais à ces gens-là c'est : "Va au bout de ta démarche et discute avec le père qui a perdu son fils ! " »*

L'utilisation de sa propre expérience des pathologies à prévention vaccinale, pour avertir de leurs dangers, pourrait aider à convaincre les patients hésitants.

i1 : « *La mère d'une patiente que j'avais en pédiatrie à [X], qui euh... qui ne voulait pas faire vacciner ses enfants, et finalement la... sa fille avait attrapé... avait attrapé la rougeole, vers euh... vers 6 ans et euh... ça avait été une rougeole grave [...] en tout cas elle était très euh... très... choquée par ce... par la maladie. Du coup je leur parle de ça, à mes patients. »*

Certains internes utilisent des données épidémiologiques, et la recrudescence des épidémies de rougeole comme arguments majeurs dans leur consultation.

i5 : « *Ce que je dis c'est... et ça au moins j'en suis sûr-e (rires) c'est qu'il y a une baisse de la couverture vaccinale en France, mais une augmentation des épidémies de rougeole... ça, c'est un fait. Donc voilà : "Vous voulez pas vous faire vacciner, mais il y en a plein qui veulent pas se faire vacciner et la rougeole elle est de retour quoi !" »*

Pour d'autres, c'est l'utilisation de la peur, quitte à exagérer les arguments utilisés, qui pourrait amener les patients à reconsidérer leurs positions.

i4 : « *Il y a une de mes prat' qui a un discours hyper-rodé, qu'elle a appris un peu par cœur... [...] elle menace un peu... non pas menace... elle est un peu alarmiste sur ce qui pourrait se passer s'ils ne faisaient pas. Elle force le trait pour qu'ils comprennent bien. Ça génère une angoisse chez les parents qui viennent d'accoucher [...] la manière dont elle l'utilise parfois c'est un peu exagéré... mais effectivement c'est un bon outil parce que souvent les patients... même les anti-vaccins... Ça fait un peu réfléchir... »*

3.2.2.2 Des arguments de fond pour convaincre

3.2.2.2.1 *L'insistance sur les bénéfices individuels pour l'enfant*

Les arguments de fond s'appuient souvent sur l'idée de la prévention de maladies évitables.

i12 : « *Je dirai que le meilleur moyen de prendre en charge une maladie, c'est qu'elle arrive pas en fait ! »*

i14 : « *On sait très bien que sur-médicaliser, donner des traitements, mêmes symptomatiques, c'est pas forcément bénéfique. [...] Si on sait l'éviter, pourquoi ne pas l'éviter ? »*

Dans ce sens, certains présentent le vaccin comme un élément potentiellement salvateur pour leur enfant.

i9 : « *L'argument fort pour moi c'est que ça peut sauver son enfant (rires) ! Donc j pense que ça c'est quand même la chose qui fait le plus résonance dans la tête des gens, ils pensent forcément à leur enfant d'abord. »*

S'appuyer sur la vulnérabilité liée à l'âge et à la fragilité inhérente des nourrissons peut permettre de justifier l'importance de la réalisation précoce des vaccins.

i10 : « *Après je leur dis que la plupart des vaccins, c'est pour éviter des maladies graves AVANT 2 ans, et que du coup, de se dire : "J'attends 2-3 ans avant de les faire vacciner", ça n'a presque plus aucune utilité en fait. »*

Le rappel de l'éradication de certaines pathologies et des nombreux décès infantiles du passé peut servir de démonstration de l'intérêt de la stratégie vaccinale.

i11 : « *Je les remets dans le contexte que là on est dans une époque où toutes les maladies elles sont complètement quasiment contrôlées par le vaccin, mais qu'il y a plusieurs années, quand le vaccin n'existait pas, ça faisait des millions de morts, que c'était des maladies très répandues, que c'était des millions de morts précoces chez des enfants... »*

i4 : « *Des diphtéries on en voit très peu à part quand on voyage... en France j'ai jamais vu de patients atteints de diphtérie... et quand on leur explique ce que ça peut faire... les amygdales catastrophiques... les nécroses et tout ça... ils en ont jamais vu, ils en ont jamais entendu parler... on peut leur dire que c'est grâce aux vaccins que ça été éradiqué. »*

Pour finir, certaines pathologies semblent parfois perçues comme bénignes, mais il serait important de tenir compte des complications individuelles et de leurs séquelles.

i1 : « *Il faut pas oublier qu'on n'est pas tous égaux vis-à-vis des maladies, et qu'une simple rougeole pour quelqu'un, pour un enfant, peut être létale pour euh... un adulte. »*

i5 : « *Après on parle du taux de mortalité, mais il y a aussi des taux de complications non mortelles qui peuvent être importants [...] parce que des complications qui n'entraînent pas la mort ça reste des complications... »*

3.2.2.2.2 Des bénéfices collectifs pour la société

Au-delà des arguments concernant les bénéfices individuels, certains s'appuient également sur ceux de la protection collective, en mettant en avant le fait que ce choix individuel a des conséquences sur la population générale.

i1 : « *L'argument que j'aime bien, c'est euh... la protection universelle. En gros, c'est : "C'est pas ton enfant qui en a vraiment besoin, mais surtout celui qui a un déficit immunitaire, qui peut pas avoir de vaccin." »*

i14 : « *J'aime bien parler de l'immunité du groupe, de l'objectif de santé publique. Que le but de la vaccination c'est aussi de protéger autrui. Mais parfois dans un monde égoïste, c'est bien de rappeler que la vaccination permet de penser à autrui. »*

Cette idée peut même être étendue à d'autres pays, d'autres continents, rappelant que l'effort vaccinal permet de protéger les enfants des pays les plus vulnérables.

i3 : « *Moi j'aime bien l'exemple, quand même, de polio là [...] enfin, cet été la polio a été éradiquée en Afrique, on peut le dire, et j'trouve ça beau quoi. »*

3.2.2.2.3 La relativisation des effets indésirables, rares et bénins

Pour compléter les idées liées aux bénéfices des vaccins, certains s'efforcent de nuancer les effets indésirables suspectés, notamment en s'appuyant sur le recul important de l'usage des adjuvants.

i8 : « *On les utilise depuis un petit moment déjà et je dirai que l'innocuité de l'aluminium et de tout ce qui est excipient, ça a été établi du fait de... bah, du recul, qu'on a par rapport à l'instauration des vaccins, et aujourd'hui, on a jamais rapporté de cas de toxicités par rapport à l'aluminium. »*

Les doses d'aluminium sont relativisées, notamment par l'idée que d'autres sources pourraient en apporter considérablement plus.

i3 : « *Je pense pas que tes 0,9 mg [d'aluminium] ça t'intoxique en une journée hein. [...] Bah c'est exactement comme quand tu fais une radio. Tu fais une radio, tu fais un scanner, tu te prends largement la dose limite quotidienne que tu devrais recevoir en une journée, hein. [...] et s'ils ont bouffé leur sandwich qui était emballé dans de l'aluminium, ils ont*

probablement bouffé plus d'aluminium que ce qu'il y a dans le vaccin. Bon en général ça calme les discussions du coup. »

Pour finir, certains s'appuient sur l'exemple de pays ayant une réputation positive et « écologique », pour rassurer leurs patients pendant la consultation.

i10 : « C'était [X] qui m'avait dit qu'en consultation, ça marchait bien, quand elle disait à ses patients que dans les pays un peu... verts, comme le Danemark, ou la Norvège, ou la Suède, bah ils avaient un pourcentage de vaccination qui était énorme, sans effets indésirables supplémentaires. »

3.2.3 Le rôle central de la relation médecin-patient

3.2.3.1 L'adhésion nécessite du temps, de l'écoute et une relation de confiance

La vaccination concerne majoritairement les enfants, or plusieurs internes soulèvent la complexité liée aux multiples sujets chronophages qu'il est essentiel d'aborder avec les parents dans cette période, les vaccins ne représentant que l'un d'entre eux.

i6 : « Le plus compliqué pour moi, c'est les patients que tu vois très épisodiquement, et où t'as pas le temps de te poser suffisamment, peut-être parce que t'as autre chose à aborder aussi, par exemple tout l'aspect nutrition, développement, etc. donc tu peux pas passer toute ta consult' à parler uniquement de ça, donc c'est frustrant. »

i7 : « J'trouve qu'en une consultation c'est super dur de... c'est super dur d'essayer de parler de ça quoi, [...] souvent ils viennent pour autre chose [...]. Ils viennent pas pour dire : "Au fait, je veux pas vacciner mes enfants !" Donc parler de ça, déjà c'est empiéter un peu sur le temps de consultation, et euh... et souvent, j'trouve que ça amène... ça amène à savoir ce que pense l'autre personne très superficiellement, mais ça amène pas à mobiliser les connaissances de l'autre sur la vaccination »

Face à ce sujet complexe et polémique, certains mettent en avant l'importance de prendre le temps avec leurs patients, sur plusieurs consultations dédiées, afin de créer un climat de confiance.

i6 : « Si tu prends le temps de te poser, d'expliquer, les gens voient que tu les regardes dans les yeux, que t'as l'air sincère [...] après la confiance elle s'acquiert sur tout un tas de choses, pas exclusivement sur ta connaissance des chiffres sur la vaccination... en

entendant aussi ses craintes [...] je pense qu'il peut être assez tolérant envers le fait qu'on ne réponde pas à tout, si au moins il a pu... faire part de ses doutes. Après la confiance je pense que ça se travaille... pas en une fois déjà ! En revoyant le patient... »

D'autres préfèrent lâcher du lest sur certains vaccins pour bâtir une solide relation de confiance, dénuée de discours culpabilisateurs.

i2 : *« Est-ce que tu préfères être dans le conflit tout le temps avec les gens ou alors est-ce que tu préfères plutôt les rassurer ? [...] et puis, oui, peut-être qu'ils vont pas se vacciner, et euh... mais au moins tu seras là pour eux, et finalement c'est aussi ça le rôle du médecin, tu vois, c'est qu'ils aient confiance en toi, et pour avoir confiance en toi, il faut pas que tu les... culpabilises, quoi, si tu les culpabilises, jamais ils auront confiance en toi, [...] c'est des gens qui peuvent facilement couper le lien avec la médecine, bah au final euh... ouais tu vas t'engueuler avec eux pour des principes, et puis derrière, le principe ultime qui est de les soigner tu vas pas pouvoir le faire, tu vois ? »*

L'honnêteté devrait rester au cœur de la relation, même si cela implique parfois de devoir faire aveu d'ignorance.

i14 : *« Et dans chaque domaine, savoir dire [...] sur quoi il peut laisser le patient en disant : "Vous avez raison, je suis de votre côté, j'ai pas de contre-arguments". Je pense que ça peut aider l'accord thérapeutique. Je pense que les gens veulent qu'on soit honnête avec eux. »*

D'ailleurs, d'autres pratiques de soins non conventionnelles émergeraient de la demande des patients de bénéficier d'une relation d'écoute, établie sur des consultations longues.

i1 : *« Je pense d'ailleurs que c'est pour ça qu'il y a beaucoup de médecines parallèles qui voient le jour, en ce moment, enfin, depuis quelques années. Et... c'est par ce manque d'écoute du patient qu'on en est arrivé là. Et je pense que les médecines parallèles sont beaucoup plus à l'écoute du patient. »*

3.2.3.2 La médecine générale au premier plan de la vaccination

3.2.3.2.1 *De la difficulté de leur expérience à l'hôpital ou aux urgences...*

L'adhésion des hésitants demande donc du temps et une relation spécifique, qui sont parfois difficiles à obtenir aux urgences.

i12 : « *J'ai quand même souvent aux urgences des parents qui veulent pas montrer le carnet de santé, enfin souvent les parents, ils savent qu'ils sont pas très à jour, mais ils ne le montrent pas, du coup les urgences c'est pas pratique parce que c'est pas le meilleur endroit pour leur dire : "Vous savez il faudrait le vacciner votre enfant". [...] Aux urgences, on manque de temps, et on n'a pas la même relation de confiance, du coup c'est pas le moment idéal pour leur faire la morale. »*

L'hôpital ne serait pas l'endroit idéal pour discuter de l'acceptation des vaccins, le contexte global ne s'y prêtant pas aux yeux de certains.

i2 : « *À l'hôpital, je pense que... ouais je pense qu'on s'en fout en fait. Même si y'a quelqu'un qui veut pas se faire vacciner, on va pas partir dans une discussion avec lui, parce qu'on n'a pas le temps. Et on va pas essayer de le convaincre, voilà. Et c'est pas notre rôle à ce moment-là. »*

3.2.3.2.2 ... au climat propice du cabinet de médecine générale

À l'inverse du milieu hospitalier, le cadre de la médecine de ville, dans laquelle le contexte familial et personnel est connu, semble plus propice à une discussion sereine.

i13 : « *C'est plus facile de vacciner si on a vacciné la grande sœur par exemple. C'est pour ça que c'est important que ce soit le médecin généraliste qui en parle à ses patients, parce qu'il connaît l'environnement familial. Faut pas trop les brutaliser, il faut les écouter. »*

D'autant que du point de vue des futurs médecins généralistes, la vaccination tient une place centrale dans le suivi des patients, et constitue un passage obligé de chaque consultation.

i4 : « *C'est primordial en termes de prévention, surtout quand on est médecin généraliste. Du coup voilà, la prévention c'est la base, ce qu'on doit tous faire, dans son cabinet. »*

i13 : « *C'est primordial en médecine générale. J'essaye de toujours y penser, selon l'âge, selon l'âge de l'enfant, j'ai toujours tendance à me dire : "Où est-ce qu'il en est ?" »*

En cabinet de médecine générale, certains internes pensent que leur rôle est de vulgariser les connaissances grâce à la légitimité que leur confère leur formation scientifique.

i3 : « *Moi, mon job, c'est de leur dire ce que la science nous montre, parce qu'au final, moi je suis là, en fait, pour essayer de sortir, parmi les tonnes d'articles, les bons articles, [...] toi t'as eu une formation qui te permet de... de faire un peu de critique scientifique et eux aucune, hein !* »

L'acte de vacciner est d'ailleurs perçu par certains comme un acte sacré, représentant le don de l'immunité et une preuve de confiance des parents envers le vaccinateur.

i14 : « *C'est particulier parce que c'est un acte assez simple à réaliser, mais qui représente quelque chose... de sacré. Ça fait partie de ces consultations... très spéciales, car elles consistent à faire un cadeau à l'enfant, le cadeau de l'immunité. [...] Les parents le savent, on injecte une toxine, [...] avec une connotation plus virulente... c'est pour ça que je vois ça comme quelque chose de sacré, de très respecté.* »

3.2.3.3 Le nécessaire apprentissage de la communication

Plusieurs internes déplorent le manque de formation à la communication, en rappelant qu'elle est fondamentale à la construction de la relation médecin-patient.

i4 : « *Y'a aucun cours de communication... en tout cas dans notre fac où j'étais... alors qu'en fait on passe un petit peu nos journées à discuter avec les gens, à transmettre des messages... et on transmet des choses dans le verbal et non verbal en permanence [...] il a des mésusages de la parole qui se font forcément en permanence, on a l'impression de donner un message, et je pense que c'est complètement transformé.* »

i6 : « *La communication, on la met pas assez en avant. C'est bien beau de savoir des dosages "de l'espace", apprendre tout ça par cœur, de manière bête et méchante parfois, alors qu'on travaille avec de l'humain...* »

Ce manquement serait en lien avec le format de l'Examen classant national, qui repose sur des QCM.

i11 : « *Mais le manque d'apprentissage de la communication c'est en lien avec le format de l'examen hein. Sur des QCM, tu peux pas tester la communication !* »

Plusieurs internes rejettent l'idée de se former par expérimentations successives, car elle les place dans une situation inconfortable face aux patients.

i6 : « *Mais j'en ai marre qu'on nous réponde qu'on va apprendre "sur le tas", c'est trop facile, apprendre à perfuser "sur le tas", à annoncer des mauvaises nouvelles "sur le tas". Mais dans ce "tas", combien d'échec ?* »

Pour finir, une formation spécifique pourrait être assurée par des enseignants spécialisés en communication. Ceux qui ont pu en faire l'expérience en sont particulièrement satisfaits.

i10 : « *Je pense que les gens qui nous forment n'en savent pas plus que nous (rires). Nan mais c'est vrai, j pense que les médecins un peu plus âgés, ben ils se sont forgés au fur et à mesure de leur expérience, comme nous on est en train de faire, mais y'a pas d'outil pédagogique conçu quoi. Chaque génération est obligée de réinventer l'eau chaude, [...] pourtant il y a sûrement des chercheurs qui font des études sur le sujet, non ?* »

i11 : « *Moi j'en ai eu dans ma fac, c'était vraiment génial hein. [...] Et on était dans des salles, et on était filmé, et après ils remettaient notre vidéo et le prof il nous disait : "Alors là t'as dit ça, t'aurais pu dire ça...", enfin c'était vachement intéressant, on était par petits groupes, c'était vraiment super.* »

3.3 La prise de décision vaccinale et ses paradoxes

Dans cette troisième partie, nous verrons en quoi la prise de décision vaccinale peut paraître singulière, à la fois chargée émotionnellement et sujette à plusieurs biais cognitifs. A certains égards, cette hésitation peut sembler compréhensible, voire légitime aux internes, ce qui entretient, chez eux, une position ambivalente sur l'obligation vaccinale.

3.3.1 L'imparfaite prise de décision vaccinale, commune aux internes et aux patients

3.3.1.1 L'émotion au cœur de la décision vaccinale

Certains regrettent la place prise par l'émotion dans la prise de décision vaccinale des parents.

i3 : « *Je sais pas s'il faut vraiment laisser une part à l'émotion dans ce genre de décisions, à mon avis c'est plus nuisible qu'autre chose...* »

Cependant, quand la vaccination concerne ses propres enfants, il paraît compréhensible que des réticences surviennent, par peur de prendre une mauvaise décision pour un être précieux.

i2 : « *C'est assez logique d'être réticent à... de se faire vacciner soi, ça c'est une chose, et encore plus euh... chez des gens qu'on chérit énormément et dont on a la responsabilité comme ses enfants, donc euh... donc on n'a pas envie de faire de bourde, et donc tout de suite ça devient un peu aussi irrationnel.* »

Le fait de se sentir responsable d'une douleur infligée à l'enfant pourrait également constituer un frein majeur pour les parents.

i1 : « *C'est le point majeur, le fait de voir qu'on fait mal à ton enfant, je pense que c'est euh... les gens en réalité je pense pas qu'il y en ait beaucoup qui... qui pensent que ça donne des maladies ou quoi, mais... le fait de voir ton enfant souffrir à cause de toi...* »

D'ailleurs, certains internes imaginent facilement avoir les mêmes appréhensions quand ils passeront de l'autre côté du stéthoscope.

i2 : « *J pense que moi, quand je ferai vacciner mes enfants, j aurai, sans doute, cette réaction-là, parce qu en effet, y a des effets secondaires possibles... »*

i7 : « *Pour l avoir vu chez [un-e proche qui est médecin], qui vaccinait son enfant, et elle-même me disait qu elle trouvait ça dur, d aller vacciner son enfant, parce qu il pleurait, et du coup elle avait peur que ça retentisse sur le poids de son bébé, [...] alors qu elle est médecin en plus hein, elle a toutes les informations ... »*

Certains observent par ailleurs que les témoignages, chargés en émotions, impactent plus la population qu une étude scientifique, qui sera moins accessible et plus austère.

i5 : « *"J ai entendu dire que cette personne s est fait vacciner, elle a eu tels effets secondaires graves, du coup moi je me questionne un peu." J ai l impression que c est vraiment ça l hésitation vaccinale [...] il y a des mots qui touchent plus, du contenu qui touche plus que des récits scientifiques avec du vocabulaire un peu barbare ... »*

Les internes eux-mêmes ne seraient pas immunisés face à la force d un témoignage.

i5 : « *J ai pas relu moi-même l article disant que le vaccin VHB ne déclenchait pas des SEP, je pense que j aurais dû a posteriori, mais j impression que dans mon entourage, qu il y a plein de témoignages que telle personne avait déclenché une SEP [...]. OK, les études, tout ça ... Mais je peux pas m empêcher de penser au témoignage, et au vécu des gens. »*

3.3.1.2 L expérience personnelle comme base de décision

Comme les patients, les internes s appuient aussi parfois sur leur expérience personnelle comme base de raisonnement.

i9 : « *J avoue que j ai jamais vu d effets indésirables devant moi alors que quand j étais en stage de pédiatrie, je vaccinait 10 enfants par jour et qu ils revenaient après, donc j ai jamais eu un peu cette défiance par rapport à la vaccination, moi-même. »*

i2 : « *Euh... et puis j connais personne qui a eu des gros effets secondaires quoi, ça... ça me vient pas à l esprit. »*

Pour certains, la preuve de l efficacité vaccinale transparaît dans la pratique plus que dans la formation...

i4 : « *On nous a pas apporté des preuves... mais après c'est vrai que des cas de tétanos j'en ai jamais vu dans tous mes stages... En fait la preuve on l'a par notre expérience, on voit qu'on n'est plus confronté à ces maladies là... »*

... et les doutes s'effacent quand les internes sont confrontés aux conséquences des maladies.

i4 : « *J'avais des doutes sur la vaccination avec le Gardasil [...] alors que maintenant je pense que c'est un vaccin essentiel... parce que je suis passé en gynéco, les cancers du col je les ai vus, et c'est catastrophique, et quand on se dit que deux doses de vaccin ça peut améliorer ça... on se dit que c'est vraiment essentiel. »*

3.3.1.3 Les biais cognitifs en jeu dans l'hésitation vaccinale

Plusieurs biais cognitifs ont été mis en avant par les internes, à commencer par le « biais de confirmation », les hésitants consultant préférentiellement des sites critiques de la vaccination, qui confirment leurs préconceptions.

i2 : « *Si tu es méfiant de la vaccination... tu trouveras toujours sur internet quelqu'un pour te dire... que t'as raison quoi. Bah du coup ! On s'auto-convainc de... qu'on avait raison d'être méfiant de la vaccination ! »*

Pour éviter toute « dissonance cognitive », les individus préféreraient ne pas revenir sur leur avis, trop longuement défendu.

i3 : « *C'est très dur de se dire qu'on peut avoir tort au final, et de revenir en fait sur ce qu'on pensait. [...] j pense que du point de vue de la pression sociale, [...] j pense que c'est dur hein, d'admettre ça. [...] on a tous le même biais, personne n'a envie de dire qu'on a tort, hein, c'est normal. »*

i1 : « *Le pire, c'est qu'on les entend pas ces gens, qui ont eu tort. On préfère parler des moments où on a eu raison, enfin j pense. »*

Les internes craignent d'accroître le « biais de familiarité », et d'ancrer de nouvelles peurs, en abordant le sujet des effets indésirables réels ou supposés des vaccins.

i5 : « *Je pense qu'il y a beaucoup de peurs, de peurs d'effets indésirables graves. Si on leur dit que leur enfant aura de la fièvre 48 heures après, je pense qu'ils vont accepter, mais si on leur dit que... y'a des risques de syndrome de Guillain Barré, même en leur expliquant que c'est rare, je pense que ça leur fait peur. »*

i6 : « *Quelque chose qui m'avait perturbé à l'époque, mes seniors demandaient systématiquement s'il y avait un antécédent de sclérose en plaques dans la famille [...] le patient qui était pas au courant, il demandait : "Mais pourquoi vous posez cette question ?" Et on répondait : "Mais non mais parce que, c'est vrai que vous avez pu entendre ça..." alors qu'il avait pas forcément entendu d'ailleurs... "Mais en fait c'est pas vrai", donc là on sème un peu... la graine du doute... dans les esprits. »*

3.3.2 Une hésitation compréhensible

3.3.2.1 Une forme d'hésitation rationnelle

Pour plusieurs enquêtés, il est compréhensible que les patients hésitent et se questionnent sur l'innocuité des vaccins, en particulier parce qu'ils ne sont pas malades.

i3 : « *Ben je trouve ça normal, que les mecs ils te posent la question de ce que tu vas injecter dans la cuisse de leur gamin, qui a que 3 mois... »*

i2 : « *Il peut avoir des effets secondaires, donc du coup euh... vu qu'on est pas malade, c'est assez logique d'être réticent à... se faire vacciner soi. »*

Les internes reconnaissent d'ailleurs que le bénéfice vaccinal est peu perceptible pour les patients, car les maladies à prévention vaccinale ne se voient quasiment plus.

i1 : « *Le fait que l'on ne voit pas les maladies contre lesquelles les vaccins sont faits, qu'ils ne les voient plus en tout cas, rajoute euh... de la réticence euh... parce que... ils ne savent pas à quoi ça sert finalement. »*

La décision de ne pas se vacciner constituerait un choix rationnel mais non éthique, la population générale vaccinée étant protectrice, par immunité de groupe.

i2 : « *Si tout le monde est vacciné, [...] et si moi j'me vaccine pas, j'ai tout gagné quoi [...] Du coup, on prend le moins de risques possible en ne le faisant pas, donc c'est le choix rationnel à faire quoi. Mais le problème, c'est que c'est pas du tout un choix civique, parce que si tout le monde le fait... »*

L'hésitation vaccinale peut être vue comme une conséquence des scandales sanitaires médiatisés et du lobbying pharmaceutique, à l'origine d'une perte de confiance dans le système médical.

i14 : « *Je pense que l'hésitation vaccinale elle est due... à une suite de catastrophes médicales, d'erreurs médicales assez importantes, par le passé : sang contaminé, etc. qui ont induit une méfiance envers les médecins, et ça a été très médiatisé. [...] Cette hésitation est rentrée un peu dans les idées collectives : "Finalement est-ce que les médecins ont toujours raison ?" »*

i2 : « *[L'hésitation vaccinale] était aussi liée à beaucoup de théories autour des compagnies pharmaceutiques et de l'argent qu'ils se font, donc ça c'est... je pense que c'est juste aussi, mais en partie. »*

3.3.2.2 La critique d'une vision méprisante des hésitants, qui empêche toute remise en question

Ainsi, les internes expliquent comprendre une certaine forme d'hésitation, et semblent donc d'autant plus critiques face à une transmission du savoir pro-vaccinal méprisante pour les hésitants.

i5 : « *J'ai l'impression que [la formation] était assez... orientée en fait. Dans le sens : "Les vaccins c'est bon, c'est obligatoire, c'est comme ça, on a des arguments pour, le reste c'est des cons" (rires). »*

i11 : « *C'est vrai que j'ai entendu des médecins, des profs, faire des blagues au sujet des antivax... sans jamais essayer de les comprendre. On est aussi bornés qu'eux, au final ! »*

Face à ce corps médical parfois fermé, il apparaît compréhensible que les patients aient des difficultés à exprimer leurs doutes, par crainte d'être jugés.

i10 : « *Le patient a peur d'être jugé, ou qu'on lui fasse des remarques. Puisqu'on en fait (rires) ! J pense que... y en a qui n'osent pas trop. [...] en tout cas, j pense que si t'es un peu entre les deux, t'oses pas trop. [...] C'est peut-être pour ça qu'en consultation, on a l'impression qu'il y en a pas tant que ça qui hésitent. »*

i13 : « *Mais si je me mets à la place du patient, c'est pas facile non plus... Non je pense que c'est pas facile pour eux... parce qu'ils viennent dans nos consultations, c'est nous les soignants. Donc nous, on a cette position... un peu autoritaire, dans notre consultation. »*

L'argument d'autorité employé par certains médecins, non-spécialistes de la question vaccinale, paraît parfois inadapté face à des questions légitimes.

i13 : « *C'est vrai que nos maîtres de stage sont souvent pro-vaccination, ils disent que c'est des conneries dans les médias... Leur ton est très méprisant en général quand il s'agit de patients vus comme antivax. Alors que parfois c'est des questions légitimes qu'ils posent. Comme si c'était impossible de remettre leur parole en cause ! Ils utilisent beaucoup l'argument d'autorité alors que j'ai l'impression que sur le sujet des vaccins, c'est pas non plus des spécialistes de la question...* »

En ce sens, plusieurs internes valorisent même les patients qui osent questionner les pratiques médicales, permettant ainsi à chacun de progresser.

i4 : « *C'est aussi positif de voir que les patients... ils remettent en cause leur médecin, je trouve ça bien aussi [...] ça nous oblige à se remettre en permanence en question, et réévaluer l'intérêt des vaccins, finalement pourquoi pas !* »

i5 : « *Je pense que c'est complètement humain d'émettre des doutes, et c'est même preuve d'intelligence en fait d'émettre des doutes ! C'est humain de remettre en question l'ordre établi, et de pas être des moutons de Panurge...* »

La question de l'adhésion vaccinale est pourtant rarement posée au patient en consultation, ce qui expose au risque de les voir repartir avec leurs opinions.

i11 : « *Est-ce que le médecin va à chaque fois prendre le temps de poser la question : "Est-ce que vous avez des doutes ?" Non, il propose la vaccination, et les patients acceptent parce que c'est obligatoire, sans forcément discuter de leurs doutes quoi.* »

i4 : « *Les patients... peut-être qu'ils font semblant d'être d'accord avec moi en consultation... ils ont peut-être un avis complètement différent [...] c'est pas un mensonge mais... ils ont leur opinion et ils repartent avec...* »

D'ailleurs, si le patient n'osait pas aborder ses questionnements, cela représenterait un échec de la relation médecin-patient, sensée être basée sur la confiance et l'échange.

i12 : « *Si les patients ont peur de nous poser des questions c'est pas des bases très saines... s'ils nous cachent le carnet de santé, qu'est-ce qu'ils nous cachent d'autres ? [...] après c'est sûr que s'ils ont peur de nous poser des questions, c'est un peu un échec quand même...* »

D'aucuns ont évoqué leurs propres difficultés à exprimer leurs doutes face à leurs pairs, ce qui accroît leur compréhension des difficultés des patients en la matière.

i2 : « *Enfin j'veux dire, déjà que c'est difficile, pour MOI, de remettre en question un de mes chefs, alors le patient évidemment, lui c'est impossible !* »

i11 : « *J'ai pas parlé de mes doutes à un médecin [...] En fait, dans mon esprit... je pense que j'avais peur d'être mis dans la case "ignorant" ou "antivax", si tu remets un peu en cause le vaccin quoi, c'est peut-être pour ça que j'en ai pas trop parlé.* »

3.3.2.3 Le doute des internes

Lorsque les doutes des internes sont évoqués, certaines théories anti-vaccination, pourtant non prouvées, peuvent apparaître dans leurs discours.

i2 : « *Si j'ai bien compris le truc, en gros y'a un adjuvant en aluminium euh... [...] et ça a été pour le coup, je crois, prouvé [...] chez certaines personnes, tu peux avoir une réaction auto-immune, qui fait une fasciite et qui peut être vraiment grave, ou une neuropathie, je sais plus exactement ce que c'est...* »

Ces questionnements sont d'ailleurs parfois restés sans réponses, notamment concernant l'innocuité de l'aluminium.

i11 : « *Pour l'aluminium, à un moment je me suis posé la question, enfin j'me suis dit : "Faut que je me renseigne". Bon je ne l'ai jamais fait. Mais sans remettre en question la vaccination, mais j'me suis déjà posé la question en me disant : "C'est vrai que si ça créé des maladies d'Alzheimer ou que ça favorise, c'est quand même emmerdant quoi !" (rires)* »

Il deviendrait quelquefois difficile de se positionner par rapport à l'hésitation vaccinale, certains soulignant l'existence d'études contradictoires.

i5 : « *Je ne saurais pas dire très honnêtement si elle est fondée ou infondée cette hésitation vaccinale, j'ai l'impression qu'il y a des études qui vont dans le sens que... que oui... d'autres que non... voilà je sais pas trop...* »

Plusieurs vaccins n'obtiennent d'ailleurs pas l'adhésion de tous, que ce soit par manque d'efficacité, ou parce qu'ils semblent désuets, face à des menaces parfois perçues comme obsolètes.

i3 : « *Moi chaque année, j'ai des doutes sur le vaccin de la grippe hein, parce qu'il a une efficacité qui est variable, et puis voilà, mais bon... chaque année je le fais, je le fais, moi, et je le fais faire à mes patients. »*

i2 : « *À chaque fois ça me surprend parce que justement j'ai une vision un peu trop positive, sans doute due à mes études et mon background, et du coup quand je lis que le vaccin contre la tuberculose, c'est que 40 % de couverture ou un truc comme ça, j'me dis : "Mais c'est de l'arnaque ce truc-là !" »*

i8 : « *Je te dirais celui de la poliomyélite, finalement, parce que j'ai eu l'impression que cette pathologie, enfin... bah qu'elle a été éradiquée, qu'il y a plus de cas. Je sais même pas comment faire le diagnostic de toute façon... »*

Enfin, l'influence des laboratoires est aussi questionnée par certains, tout comme la partialité des études qu'ils réalisent.

i6 : « *Je doute encore une fois qu'on ait toutes les informations, même nous, de la part des fabricants, je dis pas ça avec une idée complotiste... mais je pense qu'il y a un manque d'information et de transparence. »*

i5 : « *En fait je me dis : "est-ce qu'on nous cache pas des choses ?" Est-ce qu'il n'y a pas un... un clivage en fait entre les preuves scientifiques, les articles scientifiques, et les récits personnels des gens... je pense même, ça m'a fait évoquer parfois une espèce de complot de l'industrie pharmaceutique, parce que je pense que l'industrie pharmaceutique n'est pas toute blanche... du coup je me dis : "tiens, pour vendre leurs vaccins, est-ce qu'ils biaisent pas les études ?" »*

3.3.3 Le paradoxe de l'obligation : un dilemme éthique

3.3.3.1 Les bénéfices de l'obligation dans la pratique

L'obligation vaccinale présenterait des aspects positifs, notamment en libérant les patients de la lourde responsabilité de la décision vaccinale.

i6 : « *Peut-être que la plus grosse partie des parents qui n'avaient pas trop d'avis sur la question, peut-être qu'ils se sont dit : "Ça m'évite de me poser la question aussi." »*

i13 : « *Ça a pu faciliter la vie de certains parents. Parce que c'était compliqué pour eux, certains médecins dans les médias pouvaient avoir des propos très alarmants, et donc ils devaient porter une responsabilité très lourde, celle de choisir de vacciner... ou de ne pas vacciner. »*

Elle pourrait également permettre de créer de nouvelles habitudes, et de limiter ainsi la défiance des hésitants.

i9 : « *Enfin j'veux dire avant y avait des vaccinations qui étaient déjà obligatoires et du coup ils étaient pas trop défiant envers celles-là parce qu'ils avaient l'habitude, [...] si ça devient des habitudes, et ben ils seront moins défiant, enfin en tout cas les générations d'après ne seront pas défiantes quoi. »*

C'est d'ailleurs l'effet positif que certains internes ont constaté à leur échelle depuis l'instauration de l'obligation.

i14 : « *[Depuis l'obligation vaccinale] je trouve que globalement il y en a de moins en moins des gens hésitants avec les vaccins. J'ai l'impression que la chose est un petit peu passée maintenant. J'ai l'impression que les gens savent qu'il faut faire vacciner leurs enfants, et ils reviennent plus trop là-dessus avec nous. Après ils jouent un petit peu avec le délai, mais pas plus. »*

Toutefois, si l'obligation facilite le travail de l'interne, elle semble rester difficile à assumer.

i10 : « *L'obligation vaccinale, beaucoup de médecins étaient aussi pour, parce que ça nous facilite la tâche en fait, parce qu'on n'a plus à argumenter, et on n'a plus à se creuser la tête et à faire cette formation par nous-mêmes qu'on faisait avant... »*

i12 : « *C'est plus facile pour moi, parce que je n'ai pas envie d'être dans le conflit [...]. Après on pourrait se dire : "À quoi ça sert de les faire adhérer, puisque de toute façon c'est obligatoire ?" Là ça serait un vrai problème... »*

i14 : « *Alors c'est vrai qu'avec l'obligation vaccinale, j'ai un certain confort, parce que je sais qu'au final je pourrais toujours appuyer là-dessus à la fin. C'est un peu comme un joker que tu préfères ne pas jouer, mais que t'es content d'avoir dans ta main. »*

3.3.3.2 Une obligation vaccinale qui pourrait être contre-productive

Cependant, la question de l'obligation reste controversée. Si elle peut être une aide pour le médecin, elle se doit de rester temporaire afin de ne pas créer une méfiance de la part des patients.

i14 : « *Il faut la voir plutôt comme une aide temporaire, qu'il faut savoir remettre en question. Parce que c'est vrai que ça crée une méfiance envers le médecin, un engrenage, alors que justement on essaie de retrouver la confiance des patients.* »

Pour certains enquêtés, l'obligation présente aussi l'effet pervers de couper court à la discussion, et ne permettrait donc pas de travailler sur l'hésitation.

i10 : « *Du coup, il y a une partie de la population qui comprend toujours pas, et je pense que si un jour on enlève l'obligation vaccinale, on reviendra à autant d'hésitation, voire plus qu'avant, parce qu'il y aura aucun travail du coup qui aura été fait sur ça. [...] j pense que c'est bien si on se repose pas que là-dessus et qu'on parle quand même avec les parents, qu'on aborde quand même le sujet.* »

On peut aussi parfois constater une augmentation du ressentiment des patients, face à leur perte d'implication dans les choix de santé concernant leurs enfants.

i9 : « *Je pense que les parents ça les a plus énervés plus qu'autre chose on va dire, parce que du coup ils se sentent moins impliqués dans la vaccination, de toute façon, ils ont pas leur mot à dire... c'était plutôt pour la solution de facilité pour les médecins ...* »

i13 : « *Les anti-vaccins, je pense qu'ils le sont aujourd'hui encore plus. Ça a polarisé la société quelque part.* »

Certains internes déplorent même cette obligation, car elle constituerait une infantilisation de la population...

i3 : « *Je pense que ça a fait une infantilisation. La société, on leur dit : "Écoutez, vous êtes trop cons pour réfléchir, on va réfléchir à votre place hein !"* »

... allant à l'encontre du principe fondamental d'autonomie des patients.

i5 : « *Pour moi, un des principes éthiques, [...] c'est le respect du principe d'autonomie. L'autonomie du patient, c'est aussi l'autonomie dans ses choix... je sais plus les autres principes mais il y avait celui-là que j'avais bien retenu (rires).* »

3.3.3.3 Le devoir de convaincre et l'impossibilité d'hésiter

Plusieurs internes ont exprimé leur détermination à vouloir convaincre les hésitants, ce type de consultation pouvant être vu comme un défi à relever.

i10 : « *Vu que j'pense que les vaccins, c'est quelque chose de bien, c'est vrai que les gens qui hésitent sur la vaccination, j'essaie désespérément de les convaincre. »*

i12 : « *Je le prends un peu comme un challenge, j'ai envie de leur expliquer, de leur faire comprendre et à la fin j'aimerais bien qu'ils aillent dans mon sens... me dire : "Ils sont hyper réfractaires" et tranquillement essayer de les amener dans mon sens. [...] Enfin moi je vivrais comme un échec si je vaccinai et, qu'au fond, le patient n'était pas d'accord. »*

D'autant qu'il s'agirait d'une des rares situations de médecine générale où le praticien serait dans l'obligation de convaincre.

i14 : « *Mais c'est un cas particulier de médecine générale, une exception, il y a peu de situations médicales où on doit convaincre quelqu'un en bonne santé de faire quelque chose pour qu'il reste en bonne santé. C'est assez inhabituel. On peut conseiller quelqu'un d'arrêter de fumer, de faire du sport, de manger plus équilibré, ça reste en conseil, et s'il ne fait pas, on peut rien pour lui ! »*

Le champ lexical religieux et militaire est parfois employé pour parler des vaccins, le médecin pensant devoir prêcher la bonne parole, en obéissant aux injonctions des autorités de santé.

i14 : « *On doit prêcher la bonne parole sur ce genre de choses. On est là pour transmettre un savoir, décrypter des choses compliquées que les gens ne peuvent pas comprendre. »*

i13 : « *J'ai plutôt confiance dans les autorités de santé. Je suis un bon soldat (rires). »*

L'obligation vaccinale met d'ailleurs les internes dans l'impossibilité d'hésiter dans la parole publique auprès de leurs patients

i13 : « *Moi je me dis que si on commence à être hésitant alors que c'est obligatoire, on va droit dans le mur. Enfin, on a le droit d'être hésitant pour nous-mêmes, nos familles... mais pour nos patients, j'ai l'impression qu'on n'a pas droit quoi ! J'ai l'impression qu'il faut que les patients soient guidés. On est un peu des guides (rires).* »

3.4 La confrontation aux arguments critiques de la vaccination

Après avoir exploré les représentations des internes sur la vaccination et l'hésitation vaccinale, il leur a été demandé de réagir à trois arguments tirés du livre de M. Georget (Annexe 1). Le premier argument compare la mortalité de la rougeole (avant inscription au calendrier vaccinal) et de la varicelle. Le second montre une courbe de la mortalité de la rougeole au cours du XX^e siècle. Le troisième discute du taux d'aluminium dans les vaccins administrés chez un enfant de deux mois.

3.4.1 De l'impuissance à argumenter à l'envie d'apprendre

3.4.1.1 La déstabilisation de l'interne et l'incapacité à argumenter

3.4.1.1.1 *L'incapacité à argumenter*

La confrontation aux arguments anti-vaccination a mis en exergue différents types de réactions, à commencer par la prise de conscience de leur incapacité à argumenter.

i6 : « *Heu... (long silence) tu me poses des colles ! (rires) Fichtre... c'est clair que si on regarde ça comme ça... évidemment que le patient, je vais avoir du mal à le convaincre. »*

i8 : « *Je t'avouerais que si un patient me posait la question telle quelle, ouais là je serais un peu décontenancé-e... parce que... en soi, oui, je suis d'accord, c'est une question judicieuse, parce que oui, la rougeole, vaccin obligatoire, varicelle non, bah je t'avoue que... (rires), là clairement je saurais pas quoi lui répondre, enfin je serais complètement déstabilisé-e... »*

i7 : « *Vu sous cet angle (rires). Mmh... c'est un très bon argument, euh... j'avoue que si on m'apporte cet argument comme ça, là, sur la table, en effet, je pense que j'aurai pas les ressources nécessaires à l'heure actuelle pour répondre à cette argumentation. »*

Le manque de répondant est parfois tel que les enquêtés en viennent à comprendre les doutes des patients...

i11 : « *Mais je comprends carrément les antivax, quand ils lisent ça, comment tu veux qu'ils soient pas... ? »*

... et se sentent démunis, insuffisamment armés pour contrer de tels raisonnements.

i14 : « *C'est très difficile de répondre à ce type d'arguments. Je pense qu'on ne nous a pas assez démontré ce pourquoi les vaccins ont été faits. Qu'est-ce que ça a combattu ? On est un peu impuissant, on n'a pas les armes pour combattre les arguments qui nous arrivent en face... »*

3.4.1.1.2 La déstabilisation de l'interne

L'effet de surprise semble provoquer une déstabilisation de l'interne, qui en viendrait à douter de l'existence même de contre-arguments.

i6 : « *Quand je vois que je suis coincé-e par une simple courbe de mortalité [...] Qu'est-ce tu veux répondre à quelqu'un qui t'amène ça ? Si t'as jamais vu ce schéma... c'est évident que tu te sens un peu démuni-e quoi. On ne nous donne pas cet argumentaire. Est-ce qu'il y en a quand même ? J'espère bien que oui... »*

Devant un argument qui était ignoré, certains internes se sentent discrédités.

i7 : « *C'est intéressant, moi je savais pas du tout, en effet. J'avais pas du tout ce genre d'informations. [...] En effet, ouais, on se sent bidon, quand c'est comme ça... (rires) »*

i6 : « *Si un patient se ramène avec les mêmes arguments que toi... j'avoue que je serais très mal ! (rires) voilà... je lui proposerai de payer la consult' moi quoi... »*

i13 : « *C'est vrai que quand on voit cette courbe, et qu'on voit que la mortalité a beaucoup diminué avant la vaccination... on se sent un peu bête quoi. »*

Les arguments issus de sources considérées comme étant fiables peut décontenancer encore plus l'interne...

i8 : « *C'est compliqué quoi, de faire face à des patients qui sont mieux renseignés que nous, et qui ont, quelque part des preuves quoi, parce que l'INED c'est des preuves fondées quoi. [...] alors si le patient vient et il me dit : "Alors qu'est-ce que vous pensez docteur de ce truc-là ?", ok, et bah je vais répondre euh... (silence)... pas facile hein (rires), franchement, c'est pas facile, parce que oui t'as des chiffres, t'as des courbes... »*

... générant une déstabilisation plus profonde que ce qu'ils auraient cru possible.

i13 : « *C'est vrai que toutes ces questions, ça m'a déstabilisé. Je me rends compte que je suis vite déstabilisé par les antivax, ça vraiment, je pensais pas que c'était possible... en tout cas pas en cinq minutes de conversation. »*

i14 : « *C'est déstabilisant, j'étais vraiment embêté... je savais pas quoi répondre. C'est hyper dérangent. Ça paraît être une évidence qu'on a fait écrouler la mortalité avec les vaccins, mais en fait c'est pas le cas... je comprends pas en fait. Ça remet en question tout ce que je croyais. C'est dérangent de se rendre compte qu'on dit des conneries là-dessus. J'ai l'impression qu'on exagère vachement pour pouvoir convaincre plus facilement, parce que c'est plus facile pour nous comme ça. »*

3.4.1.2 La mise en défaut stimule la soif de connaissance

3.4.1.2.1 *Le vif intérêt des internes*

Le fait de s'être sentis désarçonnés par des arguments anti-vaccination a pu stimuler l'intérêt des enquêtés à bénéficier d'une formation plus adaptée.

i5 : « *C'est intéressant les arguments de la fin, antivax, parce que ça remet en cause... ça me remet en cause, je pense pas être borné-e, mais j'applique bêtement la loi, sans avoir un réel argumentaire, et du coup quand on va à l'encontre de ça j'ai pas forcément d'arguments [...]. Je serais intéressé-e par avoir un avis plus éclairé sur ces questions... »*

i9 : « *Ah ! Franchement j'avoue je sais pas quoi dire [...]. Mais du coup ça me donne vachement envie d'en savoir plus ! Ça fait longtemps que je me dis que je suis pas assez calée sur ces questions... »*

La révélation de ces arguments a également pu leur donner l'envie d'en connaître plus afin d'être préparés au mieux pour y répondre.

i11 : « *C'est en connaissant les arguments des hésitants qu'on pourra éviter de passer pour des nouilles, et ça, ça m'intéresse ! (rires) Et mieux les comprendre, et mieux les convaincre. En sachant répondre à leurs questions. »*

i4 : « *Enfin moi ce que j'aimerais, c'est avoir été formé-e aux arguments qu'ils peuvent potentiellement nous amener, pour le jour J être "préparé-e" à ceux qui vont nous dire quoi... »*

3.4.1.2.2 Un outil pour aider les jeunes médecins

Afin de faciliter les consultations avec les hésitants, bon nombre d'internes sont favorables à la création d'un outil pratique, composé d'explications simples, visuelles, et référencée, sur lequel ils pourraient s'appuyer.

i4 : « Une solution un peu "facile", où y aurait dessus toutes les questions potentielles que le patient pourrait nous apporter, avec notamment ces chiffres-là... pour pouvoir apporter une réponse assez rapide, sans avoir à se replonger dans toute la littérature... »

i8 : « Faudrait un site internet... une espèce de plateforme quoi... Avec toutes les questions des patients, tu cliques sur la question et t'aurais la réponse, par thème quoi, adjuvant, toxicité, enfin des trucs comme ça, et ouais, pourquoi pas des réponses types ? [...] Nous ce qu'on va apporter oralement, certes ça va les aider, mais peut-être aussi avoir quelque chose de visuel, des chiffres, des choses qui parlent, tu vois, visuellement, pour les patients j pense que ça, ça peut être intéressant »

i11 : « Des explications avec arguments et contre-arguments, thèse et antithèse, pourquoi cet argument-là ne tient pas la route. C'est hyper intéressant, et ça manque, carrément. »

Cet outil pourrait également comporter une partie décrivant les pathologies à prévention vaccinale, insuffisamment maîtrisées.

i11 : « Le tétanos, la polio... je sais pas les expliquer au patient, je sais pas les répercussions que ça a, les séquelles que ça peut donner... du coup j'ai du mal à argumenter et à parler de ces maladies au patient. Alors que c'est en parlant de ces maladies justement qu'on peut réussir à les convaincre. Et un outil, pour ça, ça pourrait être très bien. »

Ce dispositif pourrait prendre différentes formes : celle d'un insert dans le carnet de santé ; d'une vidéo, outil moderne et très en vogue ; d'une fiche-papier, remise au patient ; ou comme un site internet adapté à la pratique en médecine générale.

i1 : « Oui, il faudrait un encart "intérêt des vaccinations" dans le carnet de santé, avec des courbes... »

i6 : « Une vidéo... c'est un support qui est quand même... plus facile d'accès, c'est bien fait, si c'est contrôlé, [...] avec des sources fiables, mais qu'ils puissent se faire leur

idée, tout en ayant un truc qui démocratise un peu, qui soit pas trop rébarbatif [...] qui pourrait servir à la fois au patient, et aux internes. »

i13 : « Et j'aimerais bien une petite plaquette qu'on aurait toujours en consultation. J'aime avoir un support autre que la parole, parce que la parole, ça traverse, donc j'aime bien dessiner, montrer, je tourne souvent l'ordinateur pour leur montrer des schémas. »

i13 : « Eh bien de la même manière qu'il y a antibioclic, il faudra vaccinaclie ! »

3.4.2 Des internes qui ne sont pas immunisés contre le doute

3.4.2.1 L'impression d'avoir une vision formatée par les pairs

La métaphore du « robot » a été utilisée à plusieurs reprises lors des entretiens, illustrant une absence de recul vis-à-vis des apprentissages des internes...

i13 : « On est un peu des robots, des robots de l'État aussi. C'est vrai que le calendrier il est très beau, tout coloré, même moi j'adore ! (rires) mais c'est vrai qu'on s'informe peut-être pas assez... »

i2 : « On répète, euh... nous on est... on est des robots, hein. Enfin on est des militaires quoi ! Y'a énormément de médecins qui croient qu'ils ont une pensée originale ou quoi euh... enfin et moi j'en ai trouvé peu hein, des gens qui ont une pensée originale, des gens qui ont lu Ivan Illich [...], on nous apprend à... répéter les règles, que des gens plus savants que nous ont établies. »

... ainsi que l'injonction d'adhérer à un modèle, imposé aux jeunes médecins, comme à leurs patients.

i4 : « Je ... (long silence) ... je reconnais que c'est un discours un peut formaté... qu'on nous impose [...] on l'impose à nos patients parce que, nous aussi, on nous l'a imposé dans nos études. »

i13 : « À la fac, je pense qu'on nous lave un petit peu le cerveau, en nous disant que c'est important... quand je suis arrivé en deuxième année, et qu'on m'a dit qu'il fallait que je rattrape beaucoup des vaccins, j'avoue que j'ai pas compris ! [...] Et après progressivement, je me suis mis au rang de tout le monde, comme quoi c'est obligatoire, de dire que c'est important... »

Plusieurs internes réalisent qu'ils ont tendance à répéter un discours transmis par leurs pairs, sans jamais l'avoir réellement approfondi, ce qui les laisse dépourvus d'arguments pertinents pour répondre aux patients.

i5 : « *En fait j'ai l'impression de bêtement recracher un discours qu'on m'a appris... "Y'a telle obligation vaccinale"... j'ai pas forcément beaucoup d'arguments pour... heu... dire en quoi c'est important de les faire... »*

i11 : « *Est-ce qu'on exagère ? Je sais pas, moi j'avais pas conscience des chiffres. Enfin moi, je me rends compte que je répète ce que j'entends... »*

D'autant qu'il apparaît parfois malvenu de questionner le bien-fondé des pratiques médicales, avec le risque de se sentir jugé par ses confrères si l'on émet des doutes.

i13 : « *Enfin, c'est intéressant de se dire que c'est l'État, les autorités de santé, qui ont décrété que la vaccination était utile. Et que les médecins finalement sont obligés de suivre. Parce que si on ne le fait pas, on est montré du doigt par nos confrères. »*

Et finalement certains se retrouvent face à l'absurdité d'appliquer des recommandations sans en connaître le rationnel.

i5 : « *Après clairement, si un patient m'expose ça comme ça, comme tu l'as fait, je ne saurais pas quoi lui dire... tout simplement... je resterai bête... j'ai aucun argument, à part dire bêtement : "Si c'est obligatoire c'est bien qu'il y a une raison..." »*

3.4.2.2 La perte de confiance et l'irruption du doute

3.4.2.2.1 *La remise en cause du calendrier vaccinal, pilier de leur formation*

Le calendrier vaccinal, présenté comme le socle de la formation sur les vaccins, est pourtant remis en question lorsque des arguments percutants sont présentés aux internes.

i7 : « *On se dit : "Bah au final à quoi il sert ce vaccin ?" En effet, si la rougeole, c'est le même nombre de mort que la varicelle, pourquoi on a choisi de l'éradiquer ? »*

i14 : « *C'est vrai que ça paraît être une aberration... pourquoi cette différence ? Pourquoi vacciner contre la rougeole et pas contre la varicelle ? Je ne sais pas... »*

La confrontation aux arguments anti-vaccination peut donc conduire certains à interroger les recommandations qui étaient, jusque-là, admises.

i8 : « *Mais oui, clairement, après ça, t'as envie de vacciner tes patients contre la varicelle, quoi. Après je le ferai pas (rires), moi je suis les recommandations... mais je comprends pas bien cette recommandation du coup maintenant... je suis un peu déstabilisé-e !* »

3.4.2.2.2 Le tiraillement entre doutes et confiance dans les vaccins

Plusieurs internes semblent tiraillés entre leurs doutes et leur confiance dans le système vaccinal, la remise en question de celui-ci semblant tout de même trop couteuse sur le plan cognitif.

i2 : « *Mes choix je sais qu'ils sont assez irrationnels, donc j' pense que c'est fondé sur une foi, que j'ai, quand même, dans le système médical. [...] Si j'avais vraiment pas foi là-dedans, j' pense que j'déprimerais, tu vois. [...] Donc j' pense que c'est assez irrationnel hein ce truc, je crois au truc parce que ça me ferait mal de me dire que... que tout ça c'est n'importe quoi ! (rires) et que du coup ma vie c'est... juste... un mensonge ! (rires)* »

Et les doutes évoqués par les enquêtés sont généralement passés sous silence, et très peu partagés avec les patients.

i11 : « *Le vaccin contre le papillomavirus, qui est un peu... discuté [...], mon oncle il m'a demandé : "Est-ce que tu penses qu'il faut que je vaccine ma fille ?", je lui ai dit oui, mais j'avoue que ce vaccin-là, intérieurement, c'est à discuter, parce qu'il est pas 100 % fiable [...] non mais c'est vrai que c'est nul ! (rires) Parce qu'il y a plein d'autres souches qui sont pas couvertes par le Gardasil qui peuvent créer des cancers aussi... »*

i13 : « *Mais c'est sûr que ces arguments, je ne vais pas pouvoir en parler au patient, parce que s'il voit que moi aussi j'hésite, que moi aussi je trouve que la politique vaccinale est bizarre, je vais plus pouvoir les vacciner !* »

D'autant que ces doutes ont pu générer un sentiment de désillusion, très mal vécu par certains internes.

i14 : « *Le vaccin contre l'hépatite B, c'est vraiment LE vaccin qui cristallise toutes les oppositions. Ces doutes ont pu m'atteindre, oui ! Ça remettait en question tout ce que je savais, toute ma conception de la vaccination. Je l'ai vécu comme une désillusion, une catastrophe. L'impression de perdre pied sur un domaine fondamental de la médecine.*

La vaccination pour moi c'est un pilier sur lequel on s'appuie. Donc j'ai eu des doutes, mais je pense... sans vraiment y croire, parce que c'était trop éloigné de ma conception de la vaccination. [...] Donc on évitait d'en parler entre nous. Je pense qu'on avait peur que ça puisse être vrai. »

3.4.2.2.3 La perte de confiance dans le système vaccinal

La confrontation à ces arguments a généré de la colère chez certains internes, notamment face au manque présumé d'études scientifiques à leur disposition.

i7 : « On devrait avoir ces informations. On devrait refaire des études. On devrait refaire 50 ans d'études. [...] La question c'est, on fait pas d'études là-dessus parce que ça coûte du pognon et qu'il y aurait pas d'intérêt à le faire [...] c'est un peu déroutant quoi ! On nous demande de mentir, mais en fait on n'a pas d'arguments pour dire derrière... Voilà, ça me met un peu en colère ce que tu me dis. »

Certains en viennent à reprocher une certaine opacité de la part de l'industrie pharmaceutique, altérant leur confiance dans ces entités.

i6 : « J'ai l'impression qu'il y a un manque de transparence... je pense que ça devrait être écrit noir sur blanc si vraiment... sur les notices des vaccins. C'est des choses que les laboratoires pharmaceutiques ne peuvent pas ignorer... Pourquoi est-ce que c'est pas noté ? Pourquoi est-ce qu'on n'a pas des arguments contre ? Et ça, c'est une question à laquelle je ne sais pas répondre malheureusement... »

L'exposition aux arguments critiquant les vaccins a parfois été assez déstabilisante pour remettre en question tout l'intérêt de la vaccination...

i13 : « Je sais pas comment on pourrait faire pour inverser la tendance, si ces informations sont réelles, et qu'on se rend compte qu'on vaccine pour rien... parce que, seul dans son cabinet, on suit les règles, c'est tout quoi ! [...] Parce que ce genre de données, ça me perturbe maintenant, je sais plus ce que je vais dire pendant les consultations (rires) ! »

... notamment pour sa propre famille.

i13 : « J'avoue que je me pose des questions maintenant... pour la vaccination de mes patients, et surtout de mes enfants (rires) ! »

Un sentiment de manipulation de la part des institutions est apparu chez certains internes, qui regrettaient de n'avoir pas assez approfondi le sujet de la vaccination.

i14 : « *Je pense qu'on peut se considérer comme des pantins des fois... quand on voit tout ça... on est un peu hébétés... parce que l'on n'a pas connaissance de ces chiffres. Peut-être qu'on est un peu aveugles, peut-être on n'est pas assez critiques sur les choses. C'est vrai qu'on se sent un peu... un peu bête, quand les patients sortent des choses comme ça. [...] J'ai un peu l'impression d'être en première ligne, alors que moi, j'ai rien décidé, je ne connais pas le taux d'aluminium dans les vaccins... »*

Il est parfois suspecté que certains effets indésirables n'ont pas été intentionnellement recherchés, devant le risque d'ouvrir une boîte de Pandore difficile à refermer.

i14 : « *Y'a peut-être des gens pour qui les vaccins sont délétères, même si je pense que ça doit être vraiment minime. La force, ça serait pouvoir considérer ces gens-là. Le problème c'est qu'on n'a pas les moyens. Et puis ça ouvrirait une boîte de Pandore qu'on a peut-être pas envie d'ouvrir. »*

3.4.2.2.4 *L'impression d'avoir trompé ses patients*

L'exposition des arguments critiquant la vaccination a mené certains internes à se questionner sur la véracité du discours qu'ils avaient pu tenir aux patients.

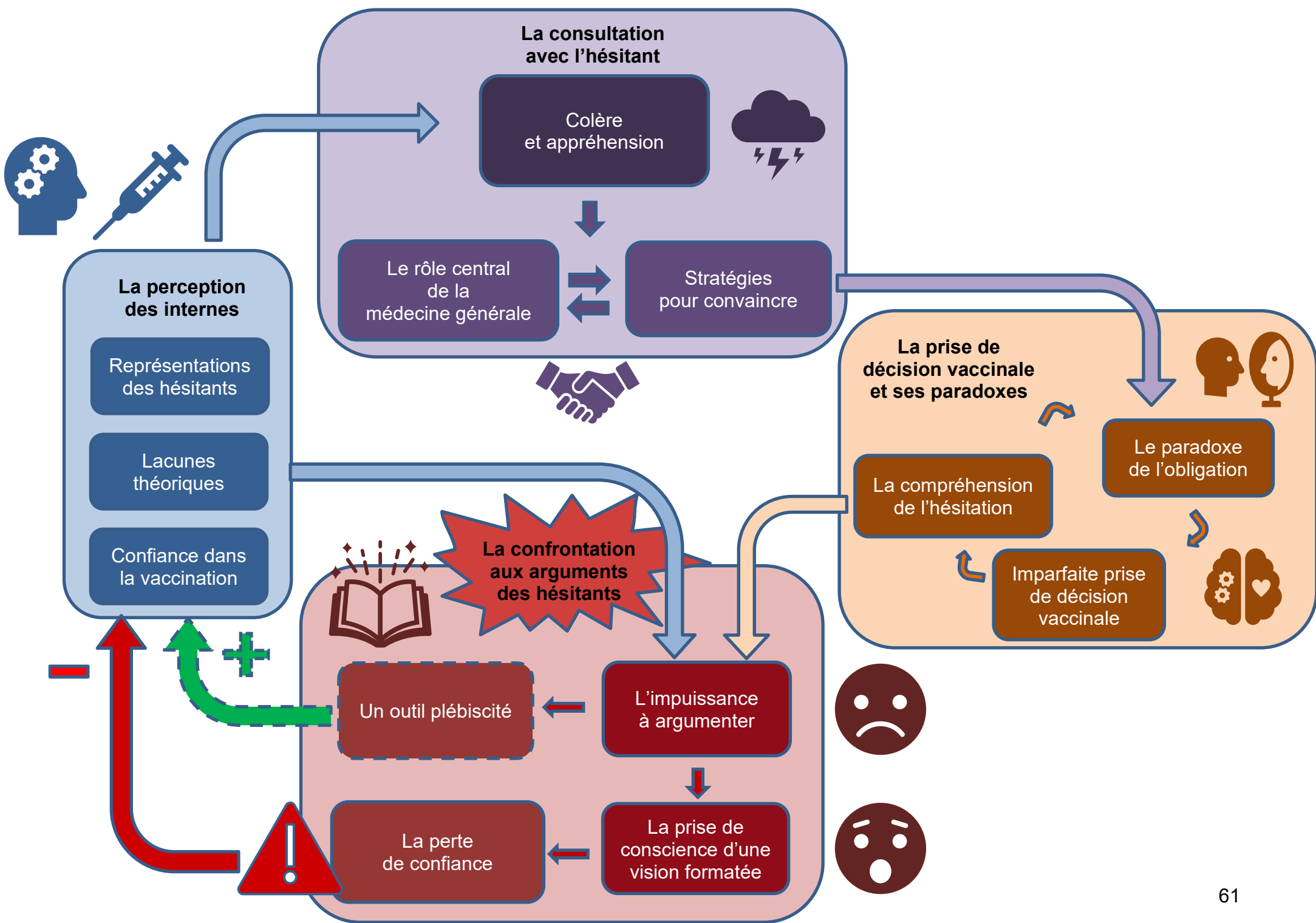
i11 : « *Quand on parle de la mortalité de la rougeole, c'est sûr que c'est pour être percutant, c'est parce que c'est l'argument phare de tous les vaccins : diminuer la mortalité. Si on dit qu'il y a que 20 morts évitées... les gens vont se dirent : "On ne se vaccine plus !" »*

i7 : « *On a l'impression qu'on leur ment, qu'on n'est pas éclairés sur le sujet. Qu'on n'est pas éclairés sur le sujet nous, alors pour qui on se prend de leur dire ça, ouais, carrément ? C'est un peu du n'importe quoi, du... du faire sans connaître, carrément. Clairement c'est perturbant. C'est super perturbant. »*

Au final, certains en viendraient même à culpabiliser de vacciner les patients, en remettant en cause le discours tenu au cours de ce type de consultation.

i13 : « *Ben... on pourrait culpabiliser de vacciner les patients, alors que c'est pas réellement très utile... c'est ça l'intérêt, vacciner pour que ça soit utile au patient. Pas seulement pour l'argent des laboratoires. Normalement (rires). Si on sait que c'est pas utile, du coup on ment au patient et c'est pas très juste. J'ai l'impression que cette courbe elle montre que la vaccination contre la rougeole n'est pas vraiment utile... »*

3.5 Modélisation des résultats



4. Discussion

4.1 La validité de l'étude

4.1.1 Les forces

Le choix de la méthode qualitative a permis de recueillir un très grand nombre de données, et d'éclaircir un sujet particulièrement complexe et multifactoriel, pour acquérir une vision d'ensemble de cette problématique. L'étude aborde un thème porteur dans le contexte actuel, et tous les internes sollicités ont répondu favorablement à l'invitation à participer aux entretiens.

Le fait que l'enquêteur connaisse une majorité d'entre eux a facilité la réalisation des entretiens, qui se sont déroulés dans un climat de confiance. La longue durée des entretiens, avec une médiane de 54 minutes, l'usage du tutoiement avec l'accord de l'enquêté, et les questions ouvertes ont favorisé l'instauration d'une atmosphère propice au partage de sentiments intimes, et parfois de doutes personnels jamais dévoilés auparavant. Aucun participant n'a abandonné l'étude avant sa conclusion par la rédaction de la présente thèse.

La « triangulation des chercheurs », réalisée grâce à l'intervention d'une chercheuse extérieure à l'étude, a été un apport important à la compréhension des phénomènes étudiés, renforçant la validité interne de cette recherche.

Bien que les internes de médecine générale aient été mis en courant de l'éventuelle confrontation à des arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants, ceux-ci n'ont pas été dévoilés avant l'entretien, ce qui a permis une spontanéité des réponses, comparables à celles d'une consultation médicale.

Enfin, cette étude respecte les critères de qualité COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (27), mis en avant par le réseau international EQUATOR (28), et élaborés pour améliorer la fiabilité des études qualitatives.

4.1.2 Les faiblesses

La première limite de notre travail est la faible expérience du chercheur à la méthodologie de la recherche qualitative, malgré sa participation à une journée de formation organisée par le département universitaire de médecine générale (DUMG).

La deuxième limite concerne les critères d'inclusion, relativement restrictifs sur le plan géographique. Dans les Hautes-Alpes, tous les internes de médecine générale finissent par tisser des réseaux d'amitié, et le fait que l'enquêteur connaisse l'enquêté a certainement pu introduire des biais, à la fois dans la verbalisation des réponses et dans l'interprétation des résultats.

Troisième limite. Comme dans toute recherche qualitative, la subjectivité de l'enquêteur a pu biaiser ses résultats. D'abord par la sélection des arguments du livre du militant anti-vaccination M. Georget. On peut raisonnablement se demander si les réactions des internes de médecine générale auraient été similaires face à une sélection d'autres arguments. Ensuite parce que l'enquêteur a lui-même été confronté à l'hésitation vaccinale de ses patients, et a pu donc projeter ses interprétations dans les propos des enquêtés.

Concernant ces limites deux et trois, l'association à une chercheuse extérieure a permis de réduire les biais d'interprétation.

Quatrième limite. Le chercheur n'a pas tenu de « journal de bord » quotidien tout au long de l'étude. L'analyse de données a été réalisée manuellement avec le logiciel grand public Excel®, et non avec un logiciel spécialisé comme il est parfois conseillé de le faire en recherche qualitative.

Enfin, la validité externe est limitée par le manque de travaux qualitatifs sur les représentations de l'hésitation vaccinale des internes de médecine générale, en particulier concernant l'éventuelle perméabilité de cette population aux arguments des patients hésitants.

4.1 Retour sur les principaux résultats

Bien que les recherches qualitatives mettent à jour des tendances qui ne permettent pas de produire des preuves généralisables, il ressort de cette étude une grande confiance des internes de médecine générale interrogés dans la vaccination. Les différentes controverses sanitaires des vingt dernières années, qui ont favorisé l'hésitation vaccinale dans la population, semblent avoir peu d'effets sur la conviction des internes à ce sujet. Néanmoins, cette confiance paraît reposer sur des bases théoriques fragiles, car les internes interrogés confient de profondes lacunes dans leurs connaissances de l'enjeu vaccinal. Leur conception de l'hésitation vaccinale se base principalement sur le paradigme du manque d'information des patients, selon lequel il suffirait d'apporter des

connaissances aux hésitants pour qu'ils acceptent la vaccination. Ils soulignent l'effet délétère d'internet qui concurrence la parole médicale en égalisant les discours experts et profanes, mais reconnaissent qu'ils évoluent, eux aussi, dans une bulle informationnelle, qui les isole de la population hésitante.

Cette situation ne semble pas propice à des interactions efficaces avec les hésitants. Ces consultations déclenchent une forte appréhension, car les enquêtés sont sujets à une double incertitude, sur leurs compétences et sur leur capacité à convaincre les hésitants. En outre, ces consultations suscitent chez ces internes un sentiment de colère contre les hésitants, à la fois par ce qui est perçu comme de l'égoïsme, un manque d'esprit civique, et par la remise en question de la médecine de laquelle l'interne se sent le représentant. Cela paraît aboutir à une profonde frustration : les internes regrettent de ne pas pouvoir correctement aborder un sujet qu'ils savent mal maîtriser.

Leurs stratégies de communication semblent alors largement empiriques. Elles reposent d'abord sur une méthode d'accompagnement des patients, entrant, semble-t-il, en conflit avec une envie contenue de culpabilisation des parents hésitants à faire vacciner leurs enfants. Ensuite, ils évoquent des arguments de fond, qui mobilisent à la fois la fibre individualiste et altruiste de leurs patients. Toutefois, les internes reconnaissent avoir besoin d'aide, à la fois institutionnelle, dans la communication gouvernementale, et universitaire, avec une meilleure formation sur cet enjeu.

Les internes interrogés reconnaissent que la décision vaccinale est soumise à de nombreux biais cognitifs, desquels ils admettent n'être pas exemptés. Ils peuvent parfois partager certains doutes de leurs patients, comprendre les raisons de leurs hésitations, et regretter le mépris avec lequel les hésitants sont traités pendant la formation médicale. La dérision dont ces patients feraient l'objet pourrait les inciter à contourner la relation médicale, préférant se documenter sur internet plutôt qu'interroger leur médecin. Les internes semblent particulièrement partagés sur l'obligation vaccinale, qui simplifierait leurs interactions avec l'hésitant, mais qui contreviendrait au principe éthique d'autonomie, et qui pourrait s'avérer contre-productive.

La présente recherche permet l'analyse suivante, théorisée au plus près du discours des enquêtés : du fait de leurs bases théoriques fragiles, la représentation des internes pourrait être facilement mise à mal par la confrontation avec des arguments d'allure scientifique, incomplets et biaisés. D'abord, parce qu'elle remettrait en question leur vision de l'hésitation vaccinale, perçue comme un simple manque d'information, ce qui a eu tendance à déstabiliser leurs préconceptions. Ensuite, et de manière inquiétante, elle

pourrait fragiliser profondément leur confiance dans la sécurité et l'intérêt de la vaccination, ainsi que dans les autorités de santé et leurs recommandations.

Les internes ainsi sensibilisés ont exprimé un vif intérêt à pouvoir bénéficier d'une meilleure préparation aux arguments des patients hésitants, et d'une meilleure formation aux causes qui favorisent l'hésitation vaccinale. Ils ont plébiscité la conception d'un outil d'aide à la consultation avec le patient hésitant, basé sur des études scientifiques, qui leur permettrait d'aborder cette consultation de manière plus apaisée.

4.2 La remise en question du paradigme du manque d'information

Cette recherche qualitative paraît mettre en lumière le fait suivant : considérer l'hésitation vaccinale comme un simple manque d'information ne permet pas de répondre au mieux à cet enjeu majeur. Il semble d'abord important de questionner la notion même d'hésitation vaccinale, puis d'en explorer les causes, et enfin d'étudier les ressorts de la perte de confiance d'une partie du public dans les autorités de santé.

4.2.1 L'ambiguïté de la notion d'hésitation vaccinale

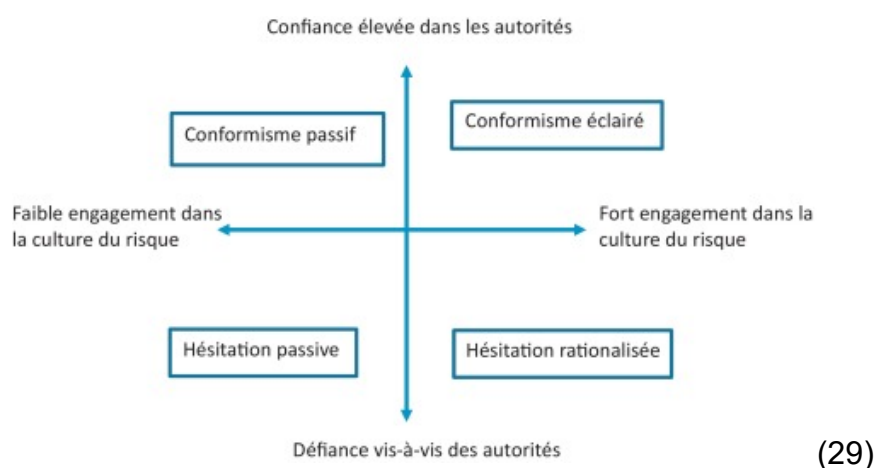
Consacrée par le groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS, la notion d'hésitation vaccinale a été largement critiquée, car elle désigne des situations très hétérogènes (29). Selon certaines sources bibliographiques (30), elle comprendrait toutes les attitudes (idées, intentions) entre l'adhésion sans réserve et le refus radical de toute vaccination, quand d'autres auteurs la limitent aux comportements des acteurs (se faire vacciner ou non) (31). Elle peut être décrite comme étant due principalement à l'ignorance des patients (32), ou au contraire à leur surinformation (33).

Des études récentes mettent en lumière les contradictions à englober autant de positions sous la notion d'hésitation vaccinale. Les patients peuvent accepter de réaliser des vaccins, tout en ayant des doutes sur leur intérêt. Ils peuvent accepter certains vaccins, mais en refuser d'autres, ou simplement oublier une vaccination. P. Peretti-Watel et P. Verger proposent de substituer l'habituelle conception de l'hésitation, perçue comme une attitude binaire, strictement distincte de l'adhésion, à une représentation continue, selon deux axes de compréhension : l'engagement dans sa propre santé (*healthism*), et la confiance dans les autorités de santé (29).

À travers cette cartographie bidimensionnelle de l'hésitation vaccinale, la défiance vaccinale n'est plus forcément liée à l'ignorance, mais peut correspondre à une hésitation

rationalisée, un « désenchantement de la science », qu’embrasseraient des personnes très éduquées et informées. Ainsi, une étude australienne constate que les individus ayant des représentations péjoratives de la vaccination sont très informés et très engagés dans leur santé, mais aussi particulièrement méfiants à l’égard des autorités de santé (34). Selon ce cadre théorique, des interventions de santé pourraient donc déplacer les représentations des patients sur un axe horizontal (augmenter l’engagement dans leur propre santé) sans pour autant les déplacer sur l’axe vertical (c’est-à-dire, sans augmenter leur confiance et leur adhésion vaccinale).

Cette approche, plus complexe que la définition binaire de l’hésitation vaccinale, permet de mieux comprendre l’incompréhension décrite par les internes, frustrés d’échouer à convaincre les hésitants par un simple apport d’informations. Elle décrit la nécessaire intervention sur la confiance des patients, afin d’encourager l’adhésion vaccinale.



4.2.2 Comprendre les hésitants pour améliorer l’interaction médecin-patient

S’il ne s’agit pas simplement d’un manque d’information, la compréhension des ressorts de l’hésitation vaccinale est essentielle pour pouvoir augmenter la confiance des patients. Les internes interrogés ont particulièrement insisté sur l’importance de l’écoute du patient durant la consultation médicale, tout en indiquant la difficulté organisationnelle de conjuguer l’écoute avec le temps d’une consultation médicale libérale.

D’autres recherches qualitatives menées en France ont pu préciser des mécanismes à l’œuvre dans l’hésitation vaccinale des jeunes parents (35) (36). Il paraît intéressant de citer une partie des résultats d’une étude qualitative publiée en 2019 (35), portant sur vingt-cinq parents de jeunes enfants, afin de les comparer avec le vécu des internes de médecine générale, tel que recueilli dans la présente recherche.

Les chercheurs mettent certes en avant l'effet d'internet dans la diffusion des idées fausses, mais avertissent que ce rôle ne doit pas être surestimé. Si les réseaux sociaux sont largement consultés, ils feraient l'objet d'une importante méfiance de la part des parents, contrairement à ce que semblent en penser les internes interrogés dans notre étude. L'effet des pairs semble, lui, largement sous-estimé. La prise de décision vaccinale serait genrée, et impliquerait principalement les mères, ainsi que leurs réseaux d'amies et de parentes, dans des interactions avant tout « réelles », plutôt que « virtuelles ».

Parce qu'elles décrivent une perte de confiance dans les autorités de santé, ces mères ont tendance à s'engager dans un fastidieux processus de recherche du « bon » médecin, à l'écoute de leurs préoccupations. À l'issue de cette quête, elles pourraient lui accorder leur confiance, et lui déléguer la décision vaccinale, se libérant ainsi du poids de cette responsabilité. Selon ce modèle, la création d'un climat propice à l'échange semblerait donc plus productive que l'adoption d'une attitude culpabilisante. Les chercheurs insistent sur la difficulté à accorder une confiance aveugle à un système vaccinal perçu comme distant et anonyme, comprenant des industriels, des experts, des autorités de santé, des systèmes de distribution, lorsque des scandales médicaux ont déjà été dévoilés par le passé.

D'autres hypothèses permettent d'affiner la perception de l'hésitation. Théorisé par l'épidémiologiste G. Rose, le « paradoxe de la prévention » permet de comprendre que des populations sont d'autant moins enclines à consentir à des mesures de prévention que les interventions de santé publique ont été efficaces (37). En effet, ces politiques ont considérablement diminué les risques de maladies infectieuses, rendant ces menaces virtuelles pour les populations.

Enfin, selon des travaux de psychosociologie, la thèse selon laquelle la peur moderne des vaccins est irrationnelle serait largement réductrice et inopérante (38). Les données historiques montrent des réactions de rejet de la vaccination depuis son origine, sur tous les continents, contredisant l'idée qu'il y eut un « âge d'or » de la vaccination. Les arguments mobilisés seraient relativement stables, dans le temps et dans l'espace. J. Raude souligne qu'on ne peut écarter *a priori* l'hypothèse selon laquelle « *les populations ont de bonnes raisons de se méfier des vaccins dans le contexte actuel* ». Aussi, l'exemple du Médiator rappelle que les autorités de santé portent une part de responsabilité dans cet accroissement du « champ du soupçon ». Cette défiance faciliterait en retour la réception des éléments de controverse sur la dangerosité de certains vaccins (38).

Ainsi, il ne s'agit pas de stipuler que les individus ont « *raison de croire ce qu'ils croient* » mais, comme l'écrit le sociologue G. Bronner, que « *c'est parce qu'ils ont des raisons de croire qu'ils croient* » (39). L'enseignement de ces différents aspects permettrait une meilleure appréciation de l'aspect multidimensionnel de l'hésitation vaccinale, et pourrait réduire le ressentiment des internes à l'égard des patients hésitants, et qu'ils ne limitent pas l'hésitation vaccinale à un simple acte d'égoïsme.

4.2.3 Restaurer la confiance dans les autorités de santé

En France, deux fiascos vaccinaux ont fortement altéré la confiance du public dans les autorités sanitaires. D'abord, la suspicion d'un lien entre le vaccin protégeant contre le VHB et un risque accru de SEP, ayant entraîné la suspension controversée de la campagne de vaccination par le ministre de la Santé B. Kouchner en 1998 (40). Ensuite, la gestion de la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A/H1N1, avec la commande de 94 millions de doses de vaccins, pour 668 millions d'euros, aboutissant à la vaccination de moins de 8 % des Français (41).

Ces exemples se sont ajoutés à la remise en cause de l'indépendance des autorités de santé à l'égard des laboratoires pharmaceutiques. Les compromissions de l'AFSSAPS vis-à-vis des alertes sur le lien entre valvulopathies mitrales et prise de Médiator ont continué de fragiliser la crédibilité des autorités sanitaires aux yeux de la population, comme à ceux des médecins généralistes (42).

Le rôle des firmes pharmaceutiques dans les campagnes de promotion des vaccins qu'elles produisent a pu ajouter à cette défiance. Les liens d'intérêt, non déclarés, entre le professeur A. Fisher, chargé de l'organisation de la conférence citoyenne sur la vaccination, lancée en 2016, et Sanofi-Pasteur, 3^e producteur mondial de vaccins, n'ont pas été de nature à rassurer la population hésitante (43).

Dans ces conditions, il paraît utile de relativiser l'idée selon laquelle les individus méfiants vis-à-vis de la vaccination seraient de simples irresponsables, justifiant une attitude méprisante à leur égard. Les autorités de santé ont un rôle à jouer afin de garantir la transparence et l'indépendance de leurs décisions. Restaurer la confiance ne pourra s'accompagner que d'une profonde remise en question des liens d'intérêts entre politique vaccinale et industrie pharmaceutique. L'idée que « *les gens pensent mal* » ne conduit pas à la compréhension des arguments des hésitants : une écoute véritable devrait nécessairement prendre les arguments d'autrui au sérieux (44). Et, éventuellement, reconnaître le degré de pertinence de certains d'entre eux (40).

4.3 L'art de convaincre en médecine générale

Comme le souligne le sociologue H. Bergeron : « *Jamais la médecine n'a été aussi performante dans sa capacité à traiter les maladies et à les prévenir, et en même temps, jamais elle n'a été aussi contestée* » (45). À l'heure de l'autonomisation des patients, les internes doivent composer avec ce qu'ils considèrent comme une « obligation de convaincre », depuis l'obligation vaccinale entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Un enjeu majeur et multidisciplinaire, qui pourrait bénéficier d'un apport des sciences cognitives.

4.3.1 Les biais cognitifs en jeu dans l'hésitation vaccinale

Un nombre croissant de publications cible l'effet des biais cognitifs dans l'hésitation vaccinale, depuis les travaux fondateurs de D. Kahneman et A. Tversky en psychologie cognitive dans les années 1970 (46). Ils postulent l'existence de deux systèmes de pensée. Le premier est rapide, et fonctionne grâce aux heuristiques. Le second est réflexif, plus lent et plus coûteux pour notre cognition. Les heuristiques, ou raccourcis de pensées, sont la plupart du temps utiles pour interagir avec le monde, de par la quantité considérable d'informations que notre cerveau doit traiter simultanément. Toutefois, certaines heuristiques peuvent parfois s'avérer néfastes à nos raisonnements, générant des biais cognitifs, distorsions systématiques de notre pensée logique (47). Plusieurs de ceux-ci ont été implicitement cités par les internes interrogés.

Le « biais de confirmation » est un biais cognitif majeur, selon lequel les individus tendent à conforter leurs opinions en favorisant les arguments compatibles avec leur vision du monde (48). Les réseaux sociaux, par phénomène de « bulles de filtres », ont poussé ce biais à son paroxysme, avant d'engager finalement des politiques de lutte contre la désinformation vaccinale (49).

Une description du « biais d'omission » a aussi été réalisée par un interne. Comme l'illustre l'adage populaire « *dans le doute, abstiens-toi* », il semble que les individus soient plus sensibles aux risques liés à une action de leur part qu'à une inaction (50). Face à un choix perçu comme difficile et aux risques incertains, les individus auraient tendance à préférer l'abstention à une décision de vaccination qu'ils pourraient regretter amèrement.

Le « biais d'ancrage » illustre la difficulté à se départir d'une première impression (51). Il rejoint partiellement le « biais de familiarité », selon lequel la cognition favoriserait les informations qui ont déjà été entendues et sont plus facilement mobilisables. Ce biais est

d'autant plus important que les décisions vaccinales sont chargées d'affects et peuvent être sujettes à une pression des pairs (35).

Le « biais narratif » se rapporte à l'impact plus important des informations transmises sous forme de témoignages. Les individus connaissant des récits de patients atteints d'effets indésirables présumés auront tendance à percevoir ces risques vaccinaux comme plus importants, même en ayant accès aux statistiques épidémiologiques (52).

Le « biais de corrélation illusoire » concerne l'inclinaison aux associations causales intuitives, à partir d'une contingence temporelle (53). Les exemples vaccinaux sont nombreux, mais les plus connus sont l'association temporelle vaccin ROR et diagnostic d'autisme, ainsi que la vaccination VHB et diagnostic de SEP dans les années 1990.

L'effet « Dunning-Kruger » postule que des individus, avec des connaissances minimales sur un sujet, ont tendance à surestimer leurs compétences. Cet excès de confiance serait associé à un plus grand rejet des politiques vaccinales (54). L'impact de ce biais est toutefois controversé (55).

Enfin, « l'effet boomerang » est méconnu des professionnels de santé. Il désigne un effet paradoxal qui peut survenir après la correction d'une préconception d'un individu, lequel va accroître sa croyance dans son préjugé après la séance de correction (56). Néanmoins, cet effet boomerang est partiel, difficilement prévisible, et ne doit pas empêcher *a priori* toute correction des mythes antivaccins (57).

L'agrégation des différents biais présentés ne doit toutefois pas conduire à faire de l'hésitation vaccinale un enjeu limité aux seules sciences cognitives, et oblitérer l'aspect « sociétal » d'une partie des critiques émises par les patients hésitants.

4.3.2 L'« effet boomerang » et la correction des mythes antivaccins

La connaissance de ces biais est une condition nécessaire, mais insuffisante pour pouvoir communiquer efficacement avec les patients hésitants.

Plusieurs expériences ont montré un « effet boomerang » significatif lors d'interventions de santé publique. Une équipe italienne et écossaise a publié une étude comparant trois stratégies de promotion de la vaccination sur 137 individus, l'une opposant mythes et faits, l'autre utilisant des iconographies pour comparer les risques des vaccins et des maladies, et la dernière montrant des images d'enfants malades non vaccinés. Les auteurs ont comparé les attitudes et intentions de vacciner des individus avant et après l'intervention,

ainsi que sept jours plus tard. Paradoxalement, les individus testés n'ont pas amélioré leurs intentions de vacciner, et les parents les plus critiques de la vaccination avaient même diminué leur intention de se vacciner. Il semble intéressant de souligner que la stratégie ayant été la plus contre-productive est celle de la correction des mythes (*myths vs facts*), laissant penser que la répétition des mythes tend à les crédibiliser auprès du public (biais de familiarité), ainsi qu'à les disséminer (58). Plusieurs mécanismes semblent à l'œuvre, mais les individus auraient tendance à confondre un mythe simple, facile à retenir, et répété plusieurs fois, avec une vérité facilement mobilisable par leur esprit (59). La correction du mythe, plus technique, et parfois plus fastidieuse selon le principe d'asymétrie de Brandolini (60), disparaîtrait progressivement de la mémoire. Un lien intéressant peut être fait avec notre étude, dans laquelle plusieurs internes se rappelaient certains arguments critiques de la vaccination énoncés durant les entretiens, sans se rappeler des contre-arguments qu'ils disaient pourtant avoir lus.

En 2014, une expérience randomisée similaire, comprenant 1 759 parents, a étudié l'effet de quatre types d'interventions (61) : informations du Center for Disease Control and Prevention (CDC) expliquant le manque de preuve du lien vaccin ROR-autisme ; document sur les dangers des maladies évitées par le vaccin ROR ; images d'enfants atteints de maladies évitées par le vaccin ROR ; et récit d'une histoire d'un enfant ayant survécu à une rougeole grave. Aucune de ces interventions n'a augmenté les intentions de vacciner de ces parents. Les chercheurs ont mesuré un « effet boomerang » chez les parents les plus critiques de la vaccination, qui ont de manière concomitante augmenté leurs connaissances du sujet, mais diminué leurs intentions de vacciner.

Une autre expérience américaine, menée sur des individus exposés aux informations du site internet du CDC sur le vaccin antigrippal, a porté sur la correction de l'idée selon laquelle la vaccination peut causer un épisode de grippe (62). Les chercheurs ont pu significativement augmenter le niveau de connaissance des patients sur le sujet. Néanmoins, et de manière concomitante, l'intention de vacciner a aussi significativement diminué. Depuis, plusieurs méta-analyses alertent sur les risques de cet « effet boomerang » s'il n'est pas pris en compte dans les politiques de santé publique (63) (64).

Malgré ces alertes en 2020, une étude portant sur le contenu de deux sites officiels francophones servant à informer le grand public sur les vaccins recommandés, montre que l'approche de correction des mythes vaccinaux se focalise toujours sur le mythe lui-même, plutôt que sur l'information correcte (65).

4.3.3 Mieux communiquer sur la vaccination

Des publications proposent des approches en plusieurs axes pour tenir compte de ces biais cognitifs dans les consultations avec les hésitants (66) (67). Elles insistent sur la nécessité de se focaliser sur la masse des hésitants, plutôt que d'investir des ressources nécessairement limitées avec des militants, minoritaires et plus résistants au changement.

D'abord, éviter de mentionner le mythe lors de sa correction, en se focalisant sur les faits que l'on souhaite communiquer, en gommant les formulations négatives (« *les vaccins ne causent pas l'autisme* »). Ces dernières ont tendance à s'effacer de nos mémoires, tandis que la cognition pourrait retenir l'association sans négation (vaccins et autisme), augmentant le « biais de familiarité ». Ainsi la disponibilité mentale d'un potentiel lien entre vaccins et autisme est favorisée, par la familiarité de ces deux termes disposés ensemble dans notre mémoire (68). Mieux vaut privilégier les formules affirmatives (« *les vaccins sont sûrs* »), et si le mythe doit être évoqué au cours de sa réfutation, il devra être précédé d'un clair avertissement qu'il s'agit d'une interprétation trompeuse (« *attention, ne vous laissez pas bernier* »).



Par ailleurs, il ne semble pas pertinent d'aborder des controverses ni des opinions marginales si elles sont inconnues du patient. Le cadrage de la discussion doit plutôt porter sur les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination, afin de mettre l'accent sur ses avantages plutôt que ses hypothétiques nuisances (57).

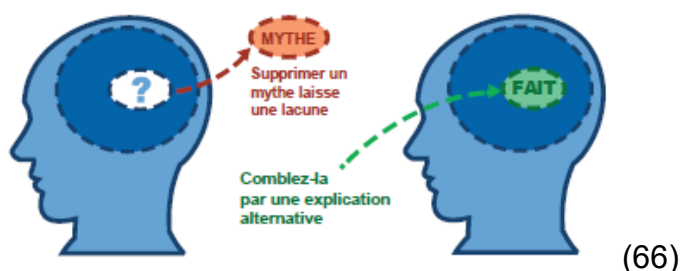
Il est à noter que la présentation de graphiques semble associée à une meilleure compréhension des phénomènes expliqués et donnerait moins de prises aux interprétations erronées (69).

Quand les arguments touchent la vision du monde et l'identité culturelle des personnes, le risque d'« effet boomerang » est majoré (70). Les recherches ont pu montrer que les argumentations des individus se fondent sur leurs propres valeurs morales, plutôt que sur celles de leurs interlocuteurs hésitants. Recadrer les arguments selon les principes

morales des patients hésitants (*moral reframing*) (71), pourrait être plus efficace (« *Comme vous, j'essaie de fonder mes actions sur la prévention des maladies, la protection des enfants et sur le renforcement de leurs défenses immunitaires, et justement...* »).



Enfin, il est nécessaire de combler les lacunes du patient avec une explication alternative. En effet, les personnes construisent un modèle mental au sein duquel est placé le mythe. Une fois le mythe réfuté, une lacune s'ouvre dans leur esprit, et confronté à une anomalie, l'esprit privilégie un modèle incorrect plutôt qu'un modèle incomplet (72), un phénomène appelé « écho de croyance » (73). Il peut être utile de dévoiler les motivations du désinformateur, ce qui tendrait à réduire encore son influence (74), ainsi que les techniques rhétoriques fallacieuses utilisées, pour essayer des « anticorps cognitifs » contre de futures désinformations (75).



4.3.4 Les bénéfices de l'entretien motivationnel

Comme énoncé précédemment, plusieurs interventions en santé publique ont échoué à changer les attitudes des patients envers la vaccination, quand elles n'ont pas simplement été contre-productives. En effet, il est parfois délicat de convaincre un patient qui perçoit le médecin comme le médiateur d'une doctrine officielle à laquelle il s'oppose.

Une approche novatrice a toutefois permis d'augmenter significativement le taux de vaccination au Canada, grâce à des entretiens motivationnels réalisés en maternité. Cette approche, centrée sur la coopération avec le patient, permet de construire une relation de confiance mutuelle. Avec empathie et respect, le professionnel de santé pourra travailler sur les doutes du patient, et répondre mieux à ses inquiétudes.

Un essai randomisé au Québec a ainsi révélé que les scores d'hésitation vaccinale avaient été réduits de 40 % par l'entretien motivationnel (76). Les mères semblaient en bénéficier le plus, 97 % d'entre elles déclaraient être satisfaites de l'intervention et la recommanderaient à tous les parents (77). Ces données ont été confirmées par un essai contrôlé randomisé américain, étudiant l'efficacité d'une intervention comprenant des techniques d'entretien motivationnel sur le taux de couverture HPV (78).

La formation à ces techniques pourrait être bénéfique aux internes de médecine générale, en leur encourageant à privilégier les questions ouvertes (« *Que pensez-vous de...?* »), les affirmations mettant en valeur les atouts du patient (« *Je vois que vous en savez déjà beaucoup sur...* », « *Je vois que la santé de vos enfants est très importante pour vous...* »), les résumés réflexifs (« *Si j'ai bien compris, vous pensez que...* »), les propositions correctrices (« *Si vous êtes d'accord, je peux compléter par...* »), et la vérification de la compréhension et de l'adhésion (« *Est-ce que cette information vous paraît pertinente ?* ») (79).

4.4 Les internes ne sont pas immunisés contre l'hésitation vaccinale

En France, les doutes concernant la balance bénéfice-risque de la vaccination n'épargnent pas les professionnels de santé. Bien que semblant très favorables à la vaccination, les internes de médecine générale devraient bénéficier d'une formation adéquate, pour ne pas risquer d'être influencés par les doutes de leurs patients.

4.4.1 La défiance des professionnels de santé

Les autorités de santé considèrent trop souvent l'hésitation vaccinale comme la conséquence d'un manque de connaissance. Selon ce paradigme, la formation médicale permettrait donc d'« immuniser » les professionnels de santé contre le doute. Pourtant plusieurs travaux français tendent à montrer qu'une partie des professionnels est influencée par les controverses publiques sur les vaccins.

Une étude publiée en 2020 sur l'hésitation vaccinale des infirmières de la région PACA, tant libérales que salariées, montre une prévalence de l'hésitation vaccinale à 44 %, comparable à celle du reste de la population (80). Une information à prendre en compte, aux vues du projet d'extension des compétences infirmières en matière de vaccination, dans un contexte de diminution de la population médicale et de pression sur le système de soins exercée par la COVID-19 (81).

En 2014, lors d'une enquête téléphonique auprès de 1 582 médecins généralistes français, 25 % d'entre eux déclaraient que certains vaccins recommandés par les autorités leur paraissaient inutiles (42). Près de trois médecins sur cinq déclarent ne pas être à l'aise pour expliquer le rôle des adjuvants. Un sur trois considère comme probable le lien entre la présence d'aluminium dans les vaccins, et la survenue de complications systémiques à long terme, sans preuve scientifiquement établie. A l'inverse, seuls 21 % des médecins généralistes ont considéré comme probable un lien entre le vaccin anti-grippe A/H1N1 et la narcolepsie, alors que ce lien est confirmé par plusieurs enquêtes épidémiologiques (82).

Les internes de médecine générale interrogés dans la présente étude ont semblé montrer une grande confiance dans le système vaccinal, et être peu affectés par les polémiques publiques sur les vaccins. Toutefois, certains ont décrit un sentiment de manque de transparence de la part des laboratoires pharmaceutiques. Leurs connaissances fragiles sur les vaccins se sont montrées ébranlées lorsqu'ils ont été exposés à des arguments

d'allure scientifique, critiques de la vaccination. Plusieurs d'entre eux ont confié s'être « sentis bêtes », cette confrontation ouvrant une brèche dans leur confiance en leurs enseignements, et générant une remise en cause de leurs convictions profondes. Les internes ont été favorables à une formation spécifique aux enjeux de l'hésitation vaccinale, comprenant des réponses aux principales critiques de la vaccination.

4.4.2 La formation aux arguments des militants anti-vaccination

En 2017, les attitudes des étudiants français en 6^e année de médecine (DFASM3) ont été étudiées dans une vaste enquête menée auprès de 2 118 d'entre eux (12). Un tiers de ces étudiants en dernière année de tronc commun se sent mal préparé pour traiter des questions relatives à la vaccination. Deux tiers d'entre eux rapportent s'être sentis mal préparés pour répondre aux préoccupations concernant les effets secondaires des vaccins, et 90 % expriment leur embarras à ne pas savoir répondre aux arguments concernant les effets secondaires des adjuvants. De manière inquiétante, les externes se destinant à la médecine générale sont ceux exprimant des niveaux de préparation et des scores de connaissances parmi les plus bas.

Même si aucune donnée quantitative n'existe dans la littérature concernant les internes de médecine générale français, il semble que le cursus au cours de l'internat ne corrige pas ces fragilités théoriques. Par exemple, la faculté d'Aix-Marseille ne dispose d'aucun enseignement, facultatif ou obligatoire, concernant spécifiquement la question vaccinale durant l'internat de médecine générale.

Les données recueillies dans cette recherche qualitative permettent d'envisager l'intérêt de tels enseignements, comprenant une formation spécifique aux controverses vaccinales. En effet, on peut faire l'hypothèse qu'une partie du trouble des internes confrontés à des arguments d'allure scientifique est provoquée par un effet de surprise. Ce dernier semble potentialiser un état de « dissonance cognitive » chez certains, habitués à faire confiance à des informations dont la source est considérée comme sérieuse. Cet état pourrait en faire basculer plusieurs vers une profonde remise en question de l'intérêt et de la sécurité de la vaccination, en ayant l'impression que des informations leur ont été « cachées » pendant leurs études.

Bien sûr, cet enseignement devra lui-même être vigilant pour ne pas provoquer d'« effet boomerang » chez les internes, les biais cognitifs étant ubiquitairement répartis dans la population. La diffusion des controverses vaccinales, souvent méconnues des internes,

pourrait provoquer un « biais de familiarité », rendant cette croyance cognitivement plus attirante que sa correction. Ainsi, leurs attitudes à l'égard de la vaccination devront être rigoureusement étudiées avant et après l'enseignement, ainsi qu'à distance.

Enfin, il pourrait être utile de diffuser auprès des internes des ressources contenant des argumentaires basés sur les preuves, comme le site <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/> (Santé Publique France) ou celui créé par A. André et C. Merle pour leurs thèses de médecine générale, <https://vaccin clic.com/>.

4.4.3 La culture scientifique et les outils de l'esprit critique

Augmenter le niveau d'éducation des internes de médecine générale à la vaccination paraît être une étape fondamentale dans la lutte contre l'hésitation vaccinale de la population. Néanmoins, pour lutter contre le risque de voir augmenter le doute des soignants, il semble aussi nécessaire de parfaire leur formation scientifique, et de les sensibiliser aux outils de l'esprit critique.

Trois chercheurs américains ont proposé à soixante enseignants et étudiants de la faculté de médecine de Harvard un problème simple de calcul de valeur prédictive positive (VPP) (83) : « *Une maladie invisible touche 1 personne sur 1 000, et peut être détectée par un test. Il y a 5 % de faux positifs, aucun faux négatif. Un individu soumis au test est positif. Quelle est la probabilité pour qu'il soit effectivement atteint ?* » Seuls 18 % de l'échantillon donnèrent la bonne réponse ce jour-là, qui est « 2 % ». Près de la moitié a répondu « 95 % », et la valeur moyenne des réponses était de « 56 % », soit près de trente fois la véritable VPP du test. Si les médecins n'ont pas d'expertise statistique suffisante, il semble réaliste que qu'ils puissent se laisser abuser par des arguments d'allure scientifique, comme ceux contenus dans le livre de M. Georget (20) (84).

Par ailleurs, il est connu que les capacités critiques mobilisables d'un individu pour distinguer les arguments scientifiques des arguments pseudo-scientifiques ne sont pas corrélées à son niveau d'études (85). Ainsi, aux États-Unis d'Amérique, les républicains les plus diplômés sont aussi ceux qui embrassent le plus les théories créationnistes (86) ou nient le réchauffement climatique (87), par rapport aux moins diplômés. Le niveau d'instruction est ainsi négativement corrélé au taux d'acceptation du consensus scientifique sur ces questions. Une étude, publiée dès 1979 et réalisée dans plusieurs pays européens, signalait déjà que les catégories socioprofessionnelles les plus diplômées sont aussi les plus critiques à l'égard du développement de la science (88). En

France, les cadres moyens et supérieurs ont statistiquement plus de croyances « paranormales » – ovnis, télépathie, spiritisme ou tables tournantes, par exemple – que les ouvriers ou les agriculteurs. Ce phénomène serait expliqué par une meilleure confiance dans leurs capacités de contre-argumentation, qui leur permettrait, en retour, de mieux flatter leur « biais de confirmation » (89).

L'enseignement des outils de l'esprit critique (*critical thinking* ou zététique), complémentaires de la démarche scientifique, pourrait être pertinent pour fournir aux internes des outils d'« autodéfense intellectuelle » (90). Par exemple, la technique de « suspension du jugement » aurait pu permettre à nos enquêtés d'attendre et de se documenter pour se faire un avis éclairé. Celle du « rasoir d'Ockham » aurait pu leur faire préférer une explication simple (l'information est probablement incomplète et biaisée) plutôt qu'une interprétation impliquant un mensonge d'État couvert par tous les scientifiques de la planète (i7 : « *On devrait refaire des études. On devrait refaire 50 ans d'études. [...] On nous demande de mentir [...]* »). De même, la maîtrise des sophismes et paralogismes aurait pu aider les internes à comprendre la logique fallacieuse de certains arguments (mortalité similaire entre rougeole et varicelle à un instant T n'équivaut pas à même morbidité, ni au même poids sociétal).

Toutefois, la question du format le plus efficient pour enseigner l'esprit critique n'est pas encore tranchée par les sciences de l'éducation (91) (92), et nécessite des recherches plus approfondies dans le contexte spécifique des études médicales. La confection d'un outil intégrant des argumentaires basés sur les preuves concernant l'intérêt des vaccins, des outils de communication en santé, ainsi que de formation à l'esprit critique, pourrait faire l'objet d'une autre publication.

5. Conclusion

Cette recherche qualitative aura permis d'appréhender au mieux le vécu des internes de médecine générale relatif à l'hésitation vaccinale. Les prescripteurs de demain paraissent allouer une profonde confiance dans le système vaccinal, et dans ses bénéfices en termes de santé publique. L'hésitation vaccinale est majoritairement perçue comme la conséquence d'un manque de connaissances des patients, qu'il conviendrait de combler pour pouvoir convaincre.

Cependant, la fragilité du bagage théorique des internes les place dans une position inconfortable. La consultation avec un patient hésitant provoquerait une double incertitude, sur leur capacité à convaincre, et sur leurs propres connaissances. Cette consultation génère en outre du ressentiment contre les hésitants, qui sont perçus comme égoïstes, ou comme détracteurs de la médecine occidentale, dont les internes se sentent parfois les représentants. Ces derniers regrettent de devoir utiliser des techniques d'argumentation et de communication empiriques, et souhaitent bénéficier d'une meilleure formation sur toutes les facettes de l'enjeu vaccinal.

Les résultats de cette recherche soutiennent l'idée que la confrontation avec des arguments d'allure scientifique, incomplets et biaisés, peut lourdement ébranler les convictions de certains internes de médecine générale, et remettre en question leurs attitudes concernant la vaccination. Cette hypothèse contreviendrait à l'idée communément admise, selon laquelle la formation médicale « immuniserait » les internes contre le doute.

Les internes de médecine générale joueront demain un rôle central dans la confiance ou la défiance des patients envers la vaccination. Il paraît pertinent de proposer aux internes un meilleur cadre de compréhension des modalités de l'hésitation vaccinale, mais aussi des limites de cette notion. Ils pourraient être sensibilisés aux différents biais cognitifs qui favorisent cette hésitation, car une tentative maladroite de correction des *a priori* risquerait de provoquer un « effet boomerang », et s'avérer contre-productive (56). Par ailleurs, présenter des techniques de communication fondées sur les preuves, ainsi qu'une initiation à la « didactique de l'esprit critique » (90) pourrait permettre d'enrichir le cursus médical. En ce sens, les internes interrogés plébiscitent la confection d'un outil, synthétisant ces éléments et leur permettant d'être mieux préparés pour aborder ces consultations délicates.

Au demeurant, des études récentes ont montré que des techniques d'entretien motivationnel étaient efficaces pour diminuer l'hésitation et améliorer la couverture vaccinale (77). Depuis 2020, l'OMS place l'entretien motivationnel comme l'intervention à privilégier avec les populations hésitantes (93). Toutefois, cet élan ne saurait faire l'économie d'un travail sur les causes sociales, politiques et culturelles de l'hésitation, et doit s'atteler à restaurer la confiance du public dans les autorités de santé. En d'autres termes, ne pas céder à la tentation de laisser l'obligation « faire tout le travail » (3).

La crise de la COVID-19 permet d'entrevoir la portée immense de cet enjeu. Selon l'étude du groupe COCONEL, en cas de découverte d'un vaccin contre le SARS-CoV-2, le taux de refus des Français serait de l'ordre de 26 % (94). Le poids des controverses médicales, sociales et politiques autour de la pandémie actuelle devrait être attentivement considéré. La gestion de l'épidémie de grippe A/H1N1 nous a démontré que ce type de crise sanitaire pouvait certes affecter la confiance du public dans le vaccin antigrippal, mais aussi plus globalement, altérer durablement l'adhésion à la vaccination en général (41).

La vaccination est une des pierres angulaires de la santé publique. Par leur relation de proximité avec les patients, les futurs médecins généralistes sont les mieux placés pour faire reculer l'hésitation vaccinale, et doivent bénéficier de moyens pour répondre au mieux aux craintes et interrogations de leurs patients. Négliger cet enjeu majeur équivaldrait à laisser les internes de médecine générale démunis face aux arguments avancés par certains patients hésitants, et ainsi risquer de les voir se faire inoculer le « poison du doute ».

6. Bibliographie

1. Costa Rica : une famille française panique un pays entier. France Inter. [Internet] 25 février 2019 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/les-histoires-du-monde/les-histoires-du-monde-25-fevrier-2019>
2. OMS. Plus de 140 000 personnes meurent de la rougeole tandis que le nombre de cas augmente dans le monde entier. [Internet]. 5 décembre 2019 [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/05-12-2019-more-than-140-000-die-from-measles-as-cases-surge-worldwide>
3. Ward JK, Peretti-Watel P, Bocquier A, Seror V, Verger P. Vaccine hesitancy and coercion: all eyes on France. *Nat Immunol*. oct 2019;20(10):1257-9.
4. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 1 oct 2016;12:295-301.
5. Gautier A, Chemlal K, Jestin, C. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;Hors-série Vaccination:21-7.
6. OMS. Report of the SAGE Working group on Vaccine Hesitancy. [Internet] Octobre 2014 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
7. OMS. Ten health issues WHO will tackle this year. [Internet]. 2019 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
8. OMS. Facts in pictures : Immunization [Internet]. 2019 [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
9. Picchio CA, Carrasco MG, Sagué-Vilavella M, Rius C. Knowledge, attitudes and beliefs about vaccination in primary healthcare workers involved in the administration of systematic childhood vaccines, Barcelona, 2016/17. *Eurosurveillance*. 7 févr 2019;24(6):1800117.
10. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine*. 1 août 2015;2(8):891-7.
11. Gautier A, Verger P, Jestin C. Vaccination des jeunes enfants, des données pour mieux comprendre l'action publique. *Bull Epidémiologique Hebd*. nov 2017;28(571-572):28-35.
12. Kernéis S, Jacquet C, Bannay A, May T, Launay O, Verger P, et al. Vaccine Education of Medical Students: A Nationwide Cross-sectional Survey. *Am J Prev Med*. 1 sept 2017;53(3):e97-104.
13. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale

- [Internet]. 2013 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
14. Bocquier A, Fressard L, Cortaredona S, Ward J, Seror V, Peretti-Watel P, et al. L'hésitation vaccinale en France - Prévalence et variation selon le statut socio-économique des parents. *Médecine/Sciences*. 1 mai 2020;36(5):461-4.
 15. Les étudiants en médecine sont en majorité issus de milieux favorisés. *Le Figaro*. [Internet] 31 juillet 2015 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/les-etudiants-en-medecine-sont-en-majorite-issus-de-milieux-favorises-16507/>
 16. European Commission. Directorate General for Health and Food Safety. State of vaccine confidence in the EU 2018. [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/241099>
 17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):4.
 18. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
 19. Gotman A, Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 1992. 128 p.
 20. Georget M. L'apport des vaccinations à la santé publique. Escalquens: DANGLES; 2014. 266 p.
 21. L'apport des vaccinations à la santé publique, La réalité derrière le mythe - Michel Georget - CRIIGEN [Internet]. <https://criigen.org/>. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://criigen.org/lapport-des-vaccinations-a-la-sante-publique-la-realite-derriere-le-mythe-michel-georget/>
 22. Le Conseil Scientifique du CRIIGEN a perdu un de ces éminents membres en la personne de Michel Georget - CRIIGEN [Internet]. <https://criigen.org/>. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://criigen.org/le-conseil-scientifique-du-criigen-a-perdu-un-de-ces-eminents-membres-en-la-personne-de-michel-georget/>
 23. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine; 1967. 292 p.
 24. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
 25. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2007. xvii, 395 p. (*Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*, 2nd ed.).
 26. 2019.06.17 - RIPH+RGPD v1.1 [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <http://pab.ovh/lime/index.php/survey/index/sid/236349/newtest/Y/lang/fr>
 27. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | *International Journal for Quality in Health Care* | Oxford Academic [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>

28. The EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.equator-network.org/>
29. Peretti-Watel P, Verger P. L'hésitation vaccinale : une revue critique. *J Anti-Infect.* 1 oct 2015;17(3):120-4.
30. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: A critical review. *Soc Sci Med.* juill 2014;112:1-11.
31. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine.* avr 2014;32(19):2150-9.
32. MacDonald NE, Smith J, Appleton M. Risk perception, risk management and safety assessment: What can governments do to increase public confidence in their vaccine system? *Biologicals.* sept 2012;40(5):384-8.
33. Patel PR, Berenson AB. Sources of HPV vaccine hesitancy in parents. *Hum Vaccines Immunother.* 24 déc 2013;9(12):2649-53.
34. Rozbroj T, Lyons A, Lucke J. Psychosocial and demographic characteristics relating to vaccine attitudes in Australia. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):172-9.
35. Peretti-Watel P, Ward JK, Vergelys C, Bocquier A, Raude J, Verger P. 'I Think I Made The Right Decision ... I Hope I'm Not Wrong'. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. *Sociol Health Illn.* 11 avr 2019;1467-9566.12902.
36. Ward JK, Crépin L, Bauquier C, Vergelys C, Bocquier A, Verger P, et al. 'I don't know if I'm making the right decision': French mothers and HPV vaccination in a context of controversy. *Health Risk Soc.* 17 févr 2017;19(1-2):38-57.
37. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J Clin Res Ed.* 6 juin 1981;282(6279):1847-51.
38. Raude J. L'hésitation vaccinale : une perspective psychosociologique. *Bull Académie Natl Médecine.* févr 2016;200(2):199-209.
39. Bronner G. *La démocratie des crédules.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2013. 360 p.
40. Hésitation vaccinale : mieux comprendre pour mieux accompagner. *Prescrire.* déc 2018;38(422):933-8.
41. Peretti-Watel P, Verger P, Raude J, Constant A, Gautier A, Jestin C, et al. Dramatic change in public attitudes towards vaccination during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in France. *Eurosurveillance [Internet].* 31 oct 2013 [cité 24 oct 2020];18(44). Disponible sur: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2013.18.44.20623>
42. Verger P, Collange F, Fressard L, Bocquier A, Gautier A, Pulcini C, et al. Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014. *Eurosurveillance [Internet].* 24 nov

- 2016 [cité 17 oct 2020];21(47). Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291145/>
43. Une concertation citoyenne sur les vaccins déconcertante. Le Monde [Internet]. 9 déc 2016 [cité 25 oct 2020]; Disponible sur:
https://www.lemonde.fr/planete/article/2016/12/09/une-concertation-citoyenne-sur-les-vaccins-deconcertante_5046455_3244.html
 44. Violet G. Les gens pensent mal : le mal du siècle ? Partie 1/6 : Critique du concept de biais cognitif [Internet]. Zet Ethique. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <http://zet-ethique.fr/2020/02/20/les-gens-pensent-mal-le-mal-du-siecle-partie-1-6-critique-du-concept-de-biais-cognitif/>
 45. Bergeron H, Castel P. Sociologie politique de la santé. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2015. 544 p.
 46. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*. 27 sept 1974;185(4157):1124.
 47. Moukheiber A. Votre cerveau vous joue des tours. Allary; 2019. 240 p.
 48. Nickerson R. Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Rev Gen Psychol*. 1 juin 1998;2:175-220.
 49. À son tour, Facebook veut mettre fin aux messages anti-vaccins. Le HuffPost. [Internet] 8 mars 2019 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur:
https://www.huffingtonpost.fr/2019/03/08/facebook-veut-mettre-fin-aux-messages-anti-vaccins_a_23687510/
 50. Ritov I, Baron J. Reluctance to vaccinate: Omission bias and ambiguity. *J Behav Decis Mak*. 1990;3(4):263-77.
 51. Senay I, Kaphingst KA. Anchoring-and-Adjustment Bias in Communication of Disease Risk. *Med Decis Making*. 1 mars 2009;29(2):193-201.
 52. Betsch C, Haase N, Renkewitz F, Schmid P. The narrative bias revisited: What drives the biasing influence of narrative information on risk perceptions? *Judgm Decis Mak*. 2015;10(3):241-64.
 53. Hamilton DL, Gifford RK. Illusory correlation in interpersonal perception: A cognitive basis of stereotypic judgments. *J Exp Soc Psychol*. 1 janv 1976;12(4):392-407.
 54. Motta M, Callaghan T, Sylvester S. Knowing less but presuming more: Dunning-Kruger effects and the endorsement of anti-vaccine policy attitudes. *Soc Sci Med* 1982. 2018;211:274-81.
 55. Gignac GE, Zajenkowski M. The Dunning-Kruger effect is (mostly) a statistical artefact: Valid approaches to testing the hypothesis with individual differences data. *Intelligence*. 1 mai 2020;80:101449.
 56. Skurnik I, Yoon C, Park DC, Schwarz N, [Dawn Iacobucci served as editor and Gita V. Johar served as associate editor for this article.]. How Warnings about False Claims Become Recommendations. *J Consum Res*. 2005;31(4):713-24.
 57. Lewandowsky S, Cook J, Lombardi D. Debunking Handbook 2020 [Internet].

Databrary; 2020 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <http://databrary.org/volume/1182>

58. Schwarz N, Sanna LJ, Skurnik I, Yoon C. Metacognitive Experiences and the Intricacies of Setting People Straight: Implications for Debiasing and Public Information Campaigns. In: *Advances in Experimental Social Psychology* [Internet]. Academic Press; 2007 [cité 10 oct 2020]. p. 127-61. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S006526010639003X>
59. Schwarz N, Newman E, Leach W. Making the truth stick & the myths fade: Lessons from cognitive psychology. *Behav Sci Policy*. 30 oct 2016;2(1):85-95.
60. Earp B. The unbearable asymmetry of bullshit. *Health Watch*. 15 févr 2016;101:in press.
61. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective Messages in Vaccine Promotion: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 1 avr 2014;133(4):e835.
62. Nyhan B, Reifler J. Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information. *Vaccine*. 9 janv 2015;33(3):459-64.
63. Chan M-PS, Jones, Hall, Albarracín D. Debunking: A Meta-Analysis of the Psychological Efficacy of Messages Countering Misinformation. *Psychol Sci*. 12 sept 2017;28.
64. Walter N, Tukachinsky R. A Meta-Analytic Examination of the Continued Influence of Misinformation in the Face of Correction: How Powerful Is It, Why Does It Happen, and How to Stop It? *Commun Res*. 22 juin 2019;47(2):155-77.
65. Vivion M, Hennequin C, Verger P, Dubé E. Supporting informed decision-making about vaccination: an analysis of two official websites. *Public Health*. janv 2020;178:112-9.
66. Cook J, Lewandowsky S. The debunking handbook [Internet]. 2012 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: http://www.skepticalscience.com/docs/Debunking_Handbook.pdf
67. OMS. Best practice guidance : How to respond to vocal vaccine deniers in public [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/315761/Vocal-vaccine-deniers-guidance-document.pdf
68. Lewandowsky S, Ecker UKH, Seifert CM, Schwarz N, Cook J. Misinformation and Its Correction: Continued Influence and Successful Debiasing. *Psychol Sci Public Interest*. 17 sept 2012;13(3):106-31.
69. Nyhan B, Reifler J. The roles of information deficits and identity threat in the prevalence of misperceptions. *J Elections Public Opin Parties*. 3 avr 2019;29(2):222-44.
70. Amin AB, Bednarczyk RA, Ray CE, Melchiori KJ, Graham J, Huntsinger JR, et al. Association of moral values with vaccine hesitancy. *Nat Hum Behav*. déc 2017;1(12):873-80.
71. Feinberg M, Willer R. From Gulf to Bridge: When Do Moral Arguments Facilitate

- Political Influence? *Pers Soc Psychol Bull.* déc 2015;41(12):1665-81.
72. Ecker UKH, Lewandowsky S, Tang DTW. Explicit warnings reduce but do not eliminate the continued influence of misinformation. *Mem Cognit.* déc 2010;38(8):1087-100.
73. Thorson E. Belief Echoes: The Persistent Effects of Corrected Misinformation. *Polit Commun.* 2 juill 2016;33(3):460-80.
74. Lewandowsky S, Stritzke WGK, Oberauer K, Morales M. Misinformation and the « war on terror »: When memory turns fiction into fact. In: *Terrorism and torture: An interdisciplinary perspective.* New York, NY, US: Cambridge University Press; 2009. p. 179-203.
75. Cook J, Lewandowsky S, Ecker UKH. Neutralizing misinformation through inoculation: Exposing misleading argumentation techniques reduces their influence. *PLOS ONE.* 5 mai 2017;12(5):e0175799.
76. Promoting vaccination in maternity wards – motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre- and post-intervention RCT-nested study, Quebec, March 2014 to February 2015 [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6737828/>
77. Gagneur A, Lemaître T, Gosselin V, Farrands A, Carrier N, Petit G, et al. A postpartum vaccination promotion intervention using motivational interviewing techniques improves short-term vaccine coverage: PromoVac study. *BMC Public Health* [Internet]. 28 juin 2018 [cité 10 oct 2020];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6022497/>
78. Dempsey AF, Pyrznowski J, Lockhart S, Barnard J, Campagna EJ, Garrett K, et al. Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination. *JAMA Pediatr* [Internet]. mai 2018 [cité 10 oct 2020];172(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875329/>
79. Gagneur A. Motivational interviewing: A powerful tool to address vaccine hesitancy. *Can Commun Dis Rep.* 2 avr 2020;46(4):93-7.
80. Wilson R, Zaytseva A, Bocquier A, Nokri A, Fressard L, Chamboredon P, et al. Vaccine hesitancy and self-vaccination behaviors among nurses in southeastern France. *Vaccine.* 29 2020;38(5):1144-51.
81. HAS. Ordre du jour de la Commission Technique des Vaccinations [Internet]. 2020 févr [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/ordre_du_jour_ctv_du_mardi_25_fevrier_2020.pdf
82. Narcolepsy in association with pandemic influenza vaccination: a multi country European epidemiological investigation. [Internet]. ECDC; 2012 [cité 17 oct 2020]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/63210>
83. Casscells W, Schoenberger A, Graboyes TB. Interpretation by Physicians of Clinical Laboratory Results. *N Engl J Med.* 2 nov 1978;299(18):999-1001.

84. Georget M. Vaccinations - Les vérités indésirables. Escalquens (Haute-Garonne): Dangles; 2007. 480 p.
85. Boy D, Michelat G. Croyances aux parasciences : dimensions sociales et culturelles. Rev Fr Sociol. 1986;175-204.
86. Reichardt C, Saari I. When Don't the Highly Educated Believe in Evolution? The Bible Believers Effect | Skeptical Inquirer. Skept Inq [Internet]. 1 mars 2015 [cité 11 oct 2020];39(2). Disponible sur: <https://skepticalinquirer.org/2015/03/when-dont-the-highly-educated-believe-in-evolution-the-bible-believers-effe/>
87. Dunlap R, McCright A. A Widening Gap: Republican and Democratic Views on Climate Change. Environment. 1 sept 2008;50:26-35.
88. Les attitudes du public européen face au développement scientifique et technique [Internet]. Commission des Communautés Européennes; 1979 févr [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_11_fr.pdf
89. Renard J. Le Merveilleux. Paris: Cnrs; 2011. 214 p.
90. Monvoisin R. Pour une didactique de l'esprit critique - Zététique et utilisation des interstices pseudoscientifiques dans les médias. Université Grenoble 1 – Joseph Fourier; 2007.
91. Marin LM, Halpern DF. Pedagogy for developing critical thinking in adolescents: Explicit instruction produces greatest gains. Think Ski Creat. 1 avr 2011;6(1):1-13.
92. Goodwin B. Critical Thinking Won't Develop Through Osmosis. Educ Leadersh J Dep Superv Curric Dev NEA. 1 févr 2017;74:80-1.
93. WHO | Improving vaccination demand and addressing hesitancy [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/
94. A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. Lancet Infect Dis. juill 2020;20(7):769-70.

7. Annexes

7.1 Annexe 1 : Guide d'entretien, forme finale

- Bonjour. Tu es interne de quel semestre ?
- Que penses-tu des vaccins de manière générale ? Que penses-tu de l'hésitation vaccinale de manière générale ?
- Comment as-tu été confronté à l'hésitation vaccinale au cours de ton internat ? Comment as-tu vécu cette hésitation ?
- Comment expliques-tu l'hésitation vaccinale ?
- Comment te sens-tu quand tu parles de l'efficacité ou des effets indésirables des vaccins ?
- Dans quelle mesure aurais-tu pu connaître des doutes concernant la vaccination en général ou un vaccin en particulier ?
- Les études internationales montrent que la France est le pays où il y a le plus de résistance vis-à-vis des vaccins, entre 30 et 40 % des Français émettent des doutes quant à leur efficacité ou leur sécurité. Qu'en penses-tu ?
- Que penses-tu de ta formation universitaire sur les vaccins ?
- Quels ressorts argumentatifs utilises-tu lors d'une consultation avec un patient hésitant ? Quelles sources utilises-tu quand tu manques d'information sur ce sujet ?
- Je vais t'exposer 3 arguments trouvés dans un livre de Michel Georget, un biologiste français très critique de la vaccination. Je te demanderai ce que tu répondrais à un patient qui te soumettrait ces arguments, et ensuite quel serait ton ressenti global à la suite de leurs interrogations.

Argument 1 : Rougeole et varicelle. En France, avant inscription au calendrier vaccinal français en 1983, la rougeole était responsable de 15 à 30 décès par an (entre 1979 et 1983, source Guide des vaccinations 2012, INPES). En France aujourd'hui, comme tu le sais, le vaccin est recommandé et obligatoire. La varicelle est responsable chaque année de 20 décès en moyenne (source Santé Publique France), plus exactement de 12 à 31 par an de 1979 à 2000 (sources CépiDC). Le vaccin n'est pas recommandé chez les enfants français, contrairement à ce qui est recommandé aux USA, au Canada, ou en Allemagne. Comment interprètes-tu ces données ?

Argument 2 : Courbe de mortalité de la rougeole. Comment interprètes-tu ce tableau ? (source : J. Vallin, F. Meslé, Le rôle des vaccinations dans la baisse de mortalité, INED, janvier 1999) :

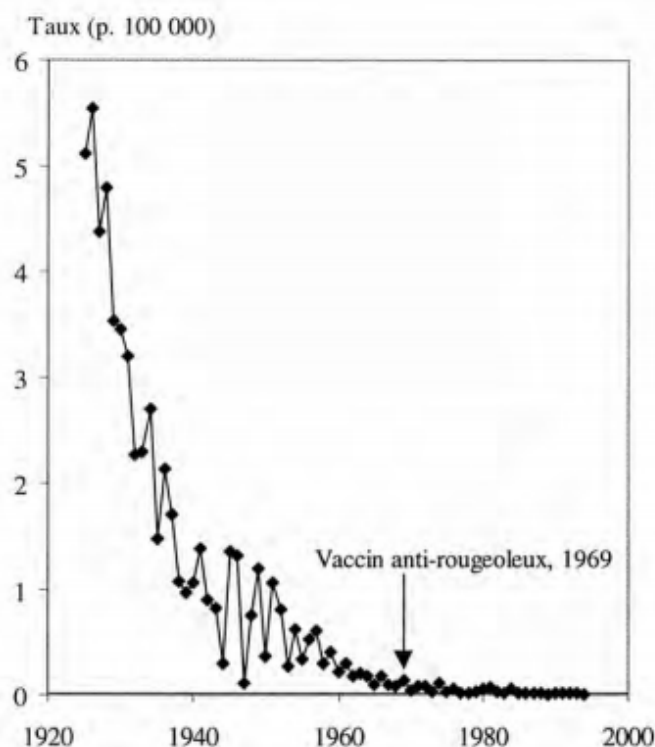


Figure 4. Évolution du taux comparatif de mortalité par rougeole, en France, de 1925 à 1994

Argument 3 : Quantité d'aluminium dans les vaccins. L'European Food Safety Authority (EFSA) recommande une exposition à une Dose Hebdomadaire Tolérable Provisoire (DHTP) de **1 mg/kg/semaine** d'aluminium. Soit **0.14 mg/kg/jour**. Le poids moyen des garçons à 2 mois est de 5.5 kg, l'EFSA recommande donc une exposition de 5.5 mg/semaine, soit **0.78 mg d'aluminium** par jour. Le Poids moyen des filles à 2 mois est de 5 kg, sa DHTP en aluminium est de 5mg/semaine, soit **0.71 mg d'aluminium** par jour. Un nourrisson de 2 mois est exposé après Prevenar 13 (0.125 mg d'aluminium) et Infanrix Hexa (0.82 mg d'aluminium) à **0.945 mg d'aluminium** vaccinal. Comment interprètes-tu ces informations ?

- Quel est ton ressenti global à la suite de ces interrogations ?
- Comment améliorer selon toi la qualité de tes consultations avec les patients hésitants ? As-tu autre chose à ajouter ?

7.2 Annexe 2 : Fiche de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



« Les internes de Médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication, une étude qualitative auprès de ** internes de Médecine générale des Hautes Alpes. »

SEMERIA Florent, habitant au 7 rue Grenette, 05000 Gap, investigateur principal, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Les internes de Médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication, une étude qualitative auprès de ** internes de Médecine générale des Hautes Alpes. »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de...

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « **Les internes de Médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication, une étude qualitative auprès de ** internes de Médecine générale des Hautes Alpes** ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

SEMERIA Florent

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

7.3 Annexe 3 : Notice d'information

NOTICE D'INFORMATION



« Les internes de Médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication, une étude qualitative auprès de ** internes de Médecine générale des Hautes Alpes. »

Madame, Monsieur,

L'investigateur principal, SEMERIA Florent, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « Les internes de Médecine générale face à l'hésitation vaccinale. Représentations et stratégies de communication, une étude qualitative auprès de ** internes de Médecine générale des Hautes Alpes ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur M. SEMERIA Florent pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Ce travail de recherche qualitatif étudiera le ressenti des internes de médecine générale des Hautes Alpes au sujet de l'hésitation vaccinale. Elle explorera leurs représentations et stratégies de communication, qui seront mises à l'épreuve par la confrontation à trois arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

La méthode de recherche est qualitative, et les entretiens sont semis dirigés, composés de questions ouvertes. Votre participation est requise pendant une durée de 30 et 60 minutes environ. Cette rencontre aura lieu à l'endroit de votre choix, en fonction de vos

disponibilités et peut également être téléphonique. Cette entrevue sera enregistrée à l'aide de deux dictaphones.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de vous arrêter et de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même, vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat en médecine générale de SEMERIA Florent, dirigée par le Docteur CIBOIS HONNORAT Isabelle.

SEMERIA Florent, interne en médecine générale d'Aix-Marseille, chercheur, est joignable par courriel : semeria.florent@gmail.com

8. Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

CNIL : Commission nationale informatique et libertés

CPP : Comité de protection des personnes

CRIGEN : Comité de recherche et d'information indépendantes sur le génie génétique

DUMG : Département universitaire de médecine générale

ECN : Examen classant national

QCM : Question à choix multiples

OMS : Organisation mondiale de la santé

URPS ML PACA : Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur

ROR : Rougeole-oreillon-rubéole

SAGE : Groupe stratégique consultatif d'experts

SEP : Sclérose en plaques

VHB : Virus de l'hépatite B

VVP : Valeur prédictive positive

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : L'hésitation vaccinale est définie comme le « retard à l'acceptation ou le refus des vaccinations malgré l'existence d'un dispositif d'offre vaccinale ». Elle est considérée par l'OMS comme l'une des dix plus grandes menaces pour la santé humaine. L'objectif de cette recherche est d'étudier le ressenti des internes de médecine générale face à l'hésitation vaccinale, d'explorer leurs représentations et leurs stratégies de communication, mises à l'épreuve par la confrontation à trois arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés, conduite entre décembre 2019 et janvier 2020, auprès de quatorze internes en médecine générale réalisant leur stage dans les Hautes-Alpes. Données analysées selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Les enquêtés ont d'abord témoigné de leur grande confiance dans le système vaccinal, qui contraste avec l'aveu de profondes lacunes théoriques. L'hésitation vaccinale est perçue majoritairement comme le résultat d'un manque d'informations, qu'il conviendrait de combler pour pouvoir convaincre (1). Les consultations avec les patients hésitants sont vécues comme étant particulièrement délicates, notamment parce qu'elles génèrent de nombreuses incertitudes et du ressentiment envers l'égoïsme présumé des patients. Les internes regrettent de devoir s'appuyer sur des stratégies de communication largement empiriques (2). Ils soulignent pourtant que l'hésitation des patients leur paraît parfois compréhensible, et que la décision vaccinale est sujette à des biais cognitifs dont ils ne sont pas exemptés (3). Enfin, la confrontation avec des arguments d'allure scientifique, incomplets et biaisés, semble pouvoir fragiliser profondément la confiance de certains internes dans la sécurité et l'intérêt de la vaccination, ainsi que dans les autorités de santé et leurs recommandations (4).

Discussion : Bien que très favorables à la vaccination, les internes de médecine générale ne semblent pas « immunisés » contre l'hésitation vaccinale, quand ils sont confrontés à des arguments susceptibles d'être avancés par des patients hésitants. Il paraît pertinent de proposer aux futurs médecins généralistes un meilleur cadre de compréhension des modalités de l'hésitation vaccinale, des biais cognitifs qui la favorisent, et leur présenter des techniques de communication fondées sur les preuves, au cours de leur cursus universitaire.

Mots clés : hésitation vaccinale ; interne de médecine générale ; esprit critique ; entretien motivationnel ; biais cognitifs ; stratégie de communication.